



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

4^e RAPPORT D'ÉTAPE AU PRÉSIDENT DE LA RÉPUBLIQUE DÉCEMBRE 2011



Liberté • Égalité • Fraternité
RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

Les pilotes du Plan cancer



MINISTÈRE
DE L'ENSEIGNEMENT SUPÉRIEUR
ET DE LA RECHERCHE

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

MINISTÈRE
DES SOLIDARITÉS
ET DE LA COHÉSION SOCIALE

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



Toutes les informations sur le Plan cancer 2009-2013
www.plan-cancer.gouv.fr

Sommaire

PRÉAMBULE : LA GOUVERNANCE DU PLAN CANCER	5
SYNTHÈSE DE L'ÉTAT D'AVANCEMENT DU PLAN CANCER 2009-2013 AU 31 DECEMBRE 2011	7
CHIFFRES CLÉS DU CANCER EN FRANCE	12
PARTIE I : LES ACTIONS RÉALISÉES OU ENGAGÉES À LA FIN 2011	15
PARTIE II : DONNÉES DE PILOTAGE DES 30 MESURES	43
LEXIQUE	131

Le 4^{ème} rapport d'étape au président de la République présente l'état des lieux de la mise en œuvre du Plan cancer 2009-2013 à la fin 2011.

Faisant suite aux trois premiers rapports d'étape de juin et décembre 2010 et de juin 2011, il comprend les éléments suivants :

- la présentation de la gouvernance du Plan cancer 2009-2013 ;
- la synthèse de l'état d'avancement du Plan au 31 décembre 2011 ;
- les chiffres clés du cancer en France en 2011 ;
- le rapport des actions engagées et réalisées de 2009 à 2011 ;
- les données de pilotage établies au 31 décembre 2011, comprenant les indicateurs de résultats par mesure, l'état d'avancement de chacune des actions et le bilan 2010 de l'exécution budgétaire.

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



La gouvernance du Plan cancer 2009-2013

► Un comité de pilotage interministériel

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

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

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

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

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

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

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

■ Le suivi de l'exécution budgétaire

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

■ Le suivi des indicateurs de résultats

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

■ Le suivi de l'avancement des actions

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

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

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

► Une mise en œuvre concertée des priorités du Plan cancer

La concertation entre les acteurs de la lutte contre le cancer pour la mise en œuvre des mesures du Plan s'effectue notamment à travers les séminaires annuels du comité des malades, des proches et des usagers, du comité consultatif des professionnels de santé et du conseil d'administration de l'INCa. Les séminaires 2011, qui se sont déroulés les 1^{er} et 8 juillet, ont été consacrés au bilan à mi-parcours de l'avancement des mesures et à une réflexion collective sur les priorités du Plan cancer pour définir des stratégies d'actions.

Les Rencontres de l'INCa se sont tenues le 19 octobre 2011, autour de l'approche individualisée des traitements, des parcours pendant et après le cancer et de la prévention, à l'occasion de « l'année des patients et de leurs droits ». La journée a rassemblé plus de 800 participants, patients, professionnels de santé, chercheurs, institutionnels, associations, élus et journalistes.

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

Mis en ligne depuis octobre 2010, le site internet gouvernemental consacré au Plan cancer 2009-2013 a pour objectif d'informer régulièrement le public comme les professionnels sur la mise en œuvre des actions.

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

► Une évaluation du Plan cancer confiée au HCSP et à l'AERES

L'évaluation du Plan cancer 2009-2013 est placée sous la responsabilité du Haut conseil de la santé publique et, pour ce qui concerne les mesures de l'axe recherche, de l'Agence d'évaluation de la recherche et de l'enseignement supérieur. Une première évaluation à mi-parcours du Plan a été engagée ; les rapports seront remis au président de la République et aux ministres concernés début 2012. Une autre évaluation interviendra à la fin du Plan cancer.



Synthèse de l'état d'avancement du Plan cancer au 31 décembre 2011

À la fin 2011, l'avancement du Plan cancer 2009-2013 présente un bilan globalement satisfaisant, grâce à l'implication de tous les acteurs de la recherche et de la lutte contre le cancer et à la mobilisation des ressources programmées.

L'essentiel des mesures du Plan progressent conformément au calendrier prévu, pour permettre la réalisation des objectifs fixés d'ici 2013. Les efforts devront néanmoins être maintenus sur la durée du Plan, afin de poursuivre ou achever la mise en œuvre des actions.

Toutefois, certaines actions du Plan cancer présentent un retard, ou ne parviennent pas encore à atteindre les résultats attendus. Celles-ci nécessitent une vigilance particulière pour s'assurer de leur réalisation à l'échéance du Plan.

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

1,95 milliard d'euros sont prévus au total sur 5 ans, sur financement de l'État et de l'Assurance maladie, dont 730 millions d'euros de dépenses nouvelles. **531 millions d'euros ont déjà été exécutés en 2009 et 2010**, correspondant à plus de 95 % du montant prévisionnel des deux premiers exercices. Pour l'année 2011, les dépenses prévisionnelles s'élèvent à 400 millions d'euros ; le montant effectivement exécuté sera connu en mars 2012.

► L'essentiel des actions du Plan progressent selon le planning prévu

À la fin 2011, sur les 119 actions du Plan cancer, 107 actions progressent selon le planning prévu et 5 sont déjà achevées, soit 94 % au total. Toutefois, 7 actions apparaissent en retard (voir partie II du rapport – données de pilotage).

► Les principales avancées du Plan cancer à la fin 2011

Les avancées réalisées à la fin 2011 portent sur tous les axes du Plan cancer, la recherche, l'observation, la prévention et le dépistage, les soins et la vie pendant et après le cancer.

1. Le soutien à la recherche sur le cancer permet déjà d'atteindre une partie des objectifs attendus pour un « transfert » plus rapide des découvertes scientifiques au bénéfice des patients

Grâce au développement de l'offre d'essais et à une meilleure information des malades et des professionnels, **la participation des patients aux essais cliniques en cancérologie a augmenté de 57 %** entre 2008 et 2010¹, dépassant ainsi la cible fixée par le Plan cancer. 183 nouveaux projets de recherche clinique ont été retenus de 2009 à 2011, pour un financement total de 64,5 millions d'euros, dans le cadre du programme hospitalier de recherche clinique (PHRC) cancer et du programme de soutien aux techniques innovantes coûteuses (STIC) en cancérologie. Ils portent sur de nouveaux médicaments contre la maladie ou ses effets secondaires, de nouvelles façons de les administrer, de nouvelles techniques de traitement, de diagnostic, de prise en charge ou de prévention.

Par ailleurs, afin de favoriser le développement de nouvelles molécules anticancéreuses et les mettre à la disposition des patients le plus rapidement possible, **16 centres d'essais cliniques de phase précoce** ont été labellisés et sont soutenus pour une durée de quatre ans (9 millions d'euros alloués

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

sur 2011-2014 par l'INCa et l'ARC). Ce soutien permet aux équipes françaises de collaborer avec le National Cancer Institute américain (NCI) et les laboratoires pharmaceutiques mondiaux. En effet, **la recherche sur le cancer s'inscrit dans une dimension internationale où la place de la France se renforce**. Ainsi, la France participe au programme international ICGC², qui vise à séquencer les génomes des principaux types de cancer afin de mieux comprendre le rôle des altérations des gènes dans leur développement ; 3 programmes sont déjà engagés en France pour les cancers du foie, du sein et de la prostate (pour une cible de 5 d'ici 2013).

L'accélération du transfert des avancées de la recherche au bénéfice des patients nécessite aussi de promouvoir les coopérations interdisciplinaires entre équipes scientifiques et cliniciens. **Deux premiers sites de recherche intégrée sur le cancer**³ ont été labellisés en 2011. Le Plan cancer prévoit la labellisation d'au moins 5 SIRIC d'ici 2013, afin de soutenir l'intégration de la recherche médicale, scientifique et sociétale autour de programmes interdisciplinaires et assurer la diffusion des résultats de la recherche auprès des professionnels, des patients et du public.

La structuration territoriale de la recherche sur le cancer en France repose sur les 7 cancéropôles régionaux ou interrégionaux, qui mobilisent les acteurs de la communauté scientifique, médicale et industrielle pour développer des programmes interdisciplinaires. Suite à l'évaluation menée par l'AERES, ils ont été labellisés en 2011 et soutenus à nouveau pour une durée de quatre ans à hauteur de 21,7 millions d'euros.

Enfin, la recherche sur les facteurs de risques environnementaux se développe en partenariat entre l'ITMO cancer et l'ANSES, dans le cadre du programme national de recherche en environnement santé travail, et avec l'ANR à travers l'appel à projets « contaminants et environnement ». Un colloque international sur le cancer et les expositions environnementales s'est tenu le 12 décembre 2011, réunissant plus de 350 participants.

2. Les actions progressent pour mieux connaître les inégalités face au cancer, intervenir sur les facteurs de risques et promouvoir le dépistage

Afin d'améliorer l'information sur les cancers et la cancérologie, face à la dispersion des informations et à la multiplicité des sources, une synthèse des données est réalisée dans le rapport « **La situation du cancer en France** » (INCa), actualisé et enrichi chaque année et intégrant les disparités géographiques et sociales. L'accès est facilité grâce au **Portail des données du cancer**, ouvert en octobre 2011 sur le site www.e-cancer.fr. Les données d'incidence et de mortalité par cancer sont publiées chaque année et le délai de publication a déjà été réduit d'une année par trois quart des registres en 2011 (InVS).

Au moins un tiers des cancers seraient évitables, le principal facteur de risque étant le tabac ; la consommation de boissons alcoolisées est la deuxième cause de mortalité évitable par cancer. **Les principales mesures législatives et réglementaires prévues pour lutter contre la consommation de tabac et limiter l'offre d'alcool ont été prises** (avertissements graphiques sur les paquets de cigarettes, interdiction de vente aux mineurs de 18 ans, interdiction des cigarettes aromatisées). Elles ont été accompagnées par deux nouvelles campagnes nationales d'information sur les risques du tabac et sur la consommation d'alcool en 2011, et par des actions de prévention adaptées telles que le programme de coaching personnalisé de Tabac Info Service (INPES). Le remboursement des substituts nicotiniques a été triplé en 2011 pour les femmes enceintes, afin de favoriser l'arrêt du tabac. Un rapport d'expertise collective sur le thème « nutrition et cancer » a été publié par l'ANSES en mai 2011.

La réduction des inégalités dans le domaine des cancers professionnels constitue une priorité du plan national santé environnement 2009-2013 et du plan santé travail 2010-2014. Les actions de **prévention des expositions professionnelles** se traduisent par l'évolution des dispositions

² International Cancer Genome Consortium

³ Les 2 premiers SIRIC labellisés sont : l'Institut Curie et le groupement de coopération sanitaire « Lyon Cancérologie Universitaire », regroupant le Centre Léon Bérard et les Hospices civils de Lyon

réglementaires (décret du 2 juillet 2010 relatif aux rayonnements optiques artificiels) et des contrôles renforcés de l'Inspection du travail sur les secteurs à risques. Des recommandations de bonne pratique sont publiées par la HAS pour la surveillance médicale des travailleurs exposés à des agents cancérogènes (amiante, poussières de bois).

Afin d'améliorer la participation au dépistage organisé des cancers, des actions d'information et de sensibilisation sont déployées en direction des publics cibles des programmes (campagnes nationales « Octobre rose » pour le cancer du sein et « Mars bleu » pour le cancer colorectal), ainsi que des actions de proximité auprès de populations moins participatives pour des raisons socio-culturelles ou économiques. Des mesures incitatives sont également destinées aux professionnels de santé. Les médecins traitants ont été sensibilisés aux programmes de dépistage, notamment du cancer colorectal, à travers les visites des délégués de l'Assurance maladie. La nouvelle convention médicale, qui prend effet au 1^{er} janvier 2012, prévoit d'intégrer dans le futur cadre de rémunération des médecins généralistes et des gynécologues leur rôle dans l'augmentation de la participation au dépistage du cancer du sein.

Par ailleurs, **pour faire progresser les techniques de dépistage**, les conditions de migration vers les tests immunologiques pour le dépistage du cancer colorectal ont été définies (rapport publié par l'INCa en novembre 2011). Un programme expérimental de dépistage du cancer du col de l'utérus est conduit dans 13 départements. Des recommandations sont en cours d'élaboration par la HAS afin de contribuer à **la définition de nouvelles stratégies de dépistage chez les sujets à risque**, pour le cancer de la prostate et le cancer du sein.

3. Les organisations mises en place visent à garantir la qualité et la sécurité des soins et l'accès aux traitements innovants

Les **885 établissements de santé ayant reçu une autorisation pour le traitement des cancers** doivent remplir tous les critères attendus de sécurité et de qualité. Le processus de mise en conformité des établissements a été finalisé fin 2011 par les contrôles réalisés par les agences régionales de santé. Afin de **renforcer la qualité et la sécurité dans les centres de radiothérapie**, le nombre de radiophysiciens en poste en radiothérapie a été porté début 2011 à 491 équivalent temps plein, soit une augmentation de 30 % des effectifs depuis 2007, grâce à un effort particulier de formation.

Pour faciliter l'accès au diagnostic et à la surveillance des cancers via l'imagerie, le Plan cancer fixe l'objectif d'accroître le parc d'IRM, notamment dans les régions ayant la mortalité par cancers la plus élevée : 33 IRM supplémentaires ont été installés en 2009 et 2010 dans les 10 régions ciblées (sur un objectif total de 88 nouveaux appareils d'ici 2013).

Les organisations pour les prises en charge spécifiques ont été structurées. La prise en charge des enfants et adolescents atteints de cancer s'appuie désormais sur 7 organisations interrégionales de recours. La prise en charge des patients adultes atteints de cancers rares bénéficie de la mise en place de centres experts nationaux (17 centres à la fin 2011, sur un objectif d'une vingtaine de types de tumeurs d'ici la fin du Plan). L'organisation de la prise en charge des patients atteints de cancer est en cours d'évolution, à travers le déploiement progressif des unités de coordination en oncogériatrie (15 UCOG soutenues dans 10 régions en 2011).

Les progrès réalisés dans la connaissance des caractéristiques moléculaires des tumeurs permettent aujourd'hui un traitement personnalisé pour de plus en plus de patients, grâce aux tests de génétique moléculaire permettant d'identifier les malades répondant aux indications des thérapies ciblées. Le nombre de malades ayant bénéficié de ces tests en oncologie et hématologie, réalisés par les 28 plateformes hospitalières, a doublé de 2008 à 2010 (61 058 patients en 2010, 31 965 en 2008). Un soutien particulier est apporté au développement de l'activité des tumorothèques sanitaires ; ces banques de cellules et de tissus tumoraux constituent un outil capital pour assurer les examens moléculaires nécessaires à la mise en œuvre des thérapies ciblées.

4. Des actions sont engagées pour développer des parcours personnalisés des patients, impliquant le médecin traitant, et améliorer la vie pendant et après le cancer

Outil de partage d'informations entre les professionnels de santé, **le dossier communicant de cancérologie (DCC)** se met en place dans le cadre du dossier médical personnel ; il est testé dans 7 régions pilotes depuis 2011 pour préparer les conditions du déploiement national. **Des guides ALD pour les médecins traitants**, élaborés par la HAS et l'INCa, explicitent l'ensemble du parcours, du diagnostic au suivi, par type de cancer (23 types de cancers sont déjà couverts par un guide à la fin 2011 ; la cible des 25 localisations les plus fréquentes sera atteinte en 2012). Ces guides sont déclinés progressivement dans une version destinée aux patients.

Afin de permettre aux patients de devenir acteurs de leur prise en charge, une information de référence sur les cancers est rendue accessible *via* la **plateforme Cancer Info**, mise en place par l'INCa avec la Ligue nationale contre le cancer, qui repose sur un site internet, une ligne téléphonique et des guides (la plateforme a reçu au total plus de 1,4 million de sollicitations en 2011).

Les parcours personnalisés des patients pendant et après le cancer ont été expérimentés en 2011 dans 35 sites pilotes par des établissements de santé, associés à des médecins traitants et des équipes soignantes de proximité. L'expérimentation, pilotée par la DGOS et l'INCa, a permis de tester auprès de 9.200 patients la mise en œuvre des programmes personnalisés de soins et de l'après-cancer (PPS, PPAC) et le rôle des infirmiers coordonnateurs de soins. L'évaluation est en cours en vue de définir des propositions pour un déploiement national du dispositif.

Pour **améliorer l'accompagnement social des personnes atteintes de cancer**, une grille de détection précoce des fragilités sociales a été élaborée, avec des assistantes sociales et des représentants des usagers. Un annuaire de tous les professionnels du secteur social est en cours d'élaboration par la Ligue nationale contre le cancer. Les coopérations entre équipes de soins et maisons départementales des personnes handicapées ont été expérimentées dans 8 départements en 2011, afin de mieux prendre en compte les conséquences de la maladie ou des traitements ; des propositions et des outils destinés à l'ensemble des MDPH et des structures sanitaires prenant en charge des patients atteints de cancer (CNSA-INCa).

Enfin, la nouvelle campagne de communication sur l'image sociale du cancer⁴, lancée en 2011 par le ministère chargé de la Santé et l'INCa, contribue à faire évoluer les représentations sur la maladie et les personnes touchées.

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

Une vigilance particulière devra être portée à la mise en œuvre de certaines mesures du Plan cancer, qui présentent à la fin 2011 un retard par rapport au calendrier fixé ou dont les résultats n'atteignent pas les cibles attendues.

▪ Une évolution de la démographie médicale en cancérologie qui reste en deçà des objectifs

Afin de garantir la qualité et la sécurité des soins dans les années à venir, il est impératif de faire face aux défis démographiques des professionnels de santé en cancérologie. C'est pourquoi, le Plan cancer affiche un objectif ambitieux d'augmentation de 20 % d'ici à 2013 des effectifs d'internes, mais aussi des postes hospitalo-universitaires dans les spécialités liées à la cancérologie (oncologie médicale et radiothérapie, anatomocytopathologie, hématologie). S'agissant des internes, une augmentation significative sur 2010-2014 est attendue, avec la création de 886 nouveaux postes sur la période dans les spécialités ciblées dans le Plan. 322 postes ont déjà été effectivement pourvus en 2010 et 2011.

Cette augmentation doit être accompagnée dans le même temps d'un renforcement de l'encadrement par la création de postes hospitalo-universitaires dans les services formateurs en cancérologie. Or l'évolution constatée des postes de PUPH et MCUPH traduit une stabilité des effectifs en cancérologie et en hématologie entre 2009 et 2011 et une diminution des postes en anatomocytopathologie entre 2008 et 2009 (voir partie I, 1.4).

⁴ Autour du message : « Je suis une personne, pas un cancer »

Néanmoins, le domaine du cancer est indiqué comme une priorité pour les redéploiements de postes hospitalo-universitaires titulaires en 2012 dans la circulaire conjointe des ministères de la Santé et de l'Enseignement supérieur et de la Recherche du 25 août 2011. En outre, le nombre de postes offerts au concours et à la mutation pour l'année 2012 est en augmentation⁵.

- **Des programmes qui n'atteignent pas les résultats attendus en matière de prévention et de dépistage des cancers**

Le tabac constitue la première cause de décès liés au cancer. Mais, en dépit des mesures prises pour réduire l'attractivité du tabac et favoriser le sevrage, la prévalence du tabagisme en France ne diminue pas (elle reste à 31 % parmi les 15-85 ans⁶ - la cible fixée par l'Organisation mondiale de la santé étant de 20 %). De plus, les inégalités se creusent, avec une augmentation de la consommation de tabac chez les femmes et parmi les chômeurs entre 2005 et 2010. Un contrôle renforcé du respect des obligations réglementaires est attendu de la part des préfets et des agences régionales de santé. Le groupe missionné par le ministre chargé de la Santé en juillet 2011, pour formuler des propositions de lutte contre le tabac, devrait remettre son rapport en 2012.

Les programmes de dépistage organisé des cancers n'ont pas encore atteint la cible attendue en matière de participation des populations cibles. Le taux national de participation au dépistage organisé du cancer du sein, qui se maintient depuis trois ans autour de 52 %, ne progresse pas vers la cible fixée à 65 % d'ici 2013. S'agissant du cancer colorectal, la participation s'élève à 34 % au niveau national, mais ce dépistage organisé n'est généralisé à l'ensemble des départements que depuis 2009. Un dispositif de pilotage national du dépistage des cancers a été mis en place fin 2011. De plus, l'augmentation de la participation au dépistage organisé des cancers est inscrite parmi les objectifs des agences régionales de santé.

- **Des efforts à soutenir pour mettre en œuvre les mesures prévues afin d'améliorer la vie pendant et après le cancer**

Aujourd'hui, un patient sur deux est en vie cinq ans après un diagnostic de cancer⁷. Mais, malgré des progrès réalisés dans le diagnostic et le traitement de la maladie, les personnes touchées par le cancer sont confrontées à de nombreuses difficultés pour préserver ou reprendre une vie sociale et professionnelle. Pour beaucoup d'entre elles, le cancer s'accompagne de séquelles liées à la maladie ou aux traitements, qui nécessitent un accompagnement social adapté. Des actions sont à promouvoir, notamment avec les conseils généraux, afin de permettre d'activer les dispositifs sociaux d'aide et de compensation, en particulier pour la vie à domicile pendant et après les périodes de traitement actif.

S'agissant de l'activité professionnelle, des travaux sont engagés, sous la coordination du ministère chargé de l'Emploi, pour réaliser un état des lieux des difficultés spécifiques rencontrées par les personnes atteintes de cancer et des dispositifs mobilisables pour l'aide au maintien et au retour à l'emploi. Sa finalisation est prévue début 2012, afin de pouvoir apporter une information adaptée aux patients, aux professionnels et aux employeurs. La mobilisation des acteurs concernés est nécessaire afin de soutenir notamment une meilleure articulation entre médecins spécialisés et traitants, médecins conseils et médecins du travail.

L'Observatoire sociétal des cancers, créé par la Ligue nationale contre le cancer, s'est fixé trois missions : observer les répercussions du cancer sur les plans social et sociétal, dénoncer les inégalités induites par la maladie cancéreuse, proposer des solutions pour corriger ces inégalités. Son premier rapport, prévu début 2012, sera consacré aux problématiques de l'emploi et de l'aide à domicile.

Par ailleurs, les personnes atteintes de cancer rencontrent des obstacles dans l'accès aux assurances et au crédit. La nouvelle convention AERAS, signée en février 2011 par l'Etat, les associations représentant les usagers et les fédérations des secteurs de la banque et de l'assurance, prévoit certaines avancées. La mise en œuvre effective des engagements pris doit faire l'objet d'une attention particulière.

⁵ 9 postes en cancérologie-radiothérapie (6 postes en 2011), 11 postes en anatomocytopathologie (6 postes en 2011)

⁶ Baromètre santé 2010 INPES

⁷ Rapport « La survie attendue des patients atteints de cancer en France », Inca, avril 2010.

Chiffres clés du cancer en France

► Une incidence des cancers en hausse

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

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

Plus de la moitié des cas estimés en 2010 (57 %) sont diagnostiqués chez les personnes âgées de 65 ans et plus. L'âge moyen au diagnostic est de 67 ans chez l'homme et 65 ans chez la femme (données 2005).

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

► Une mortalité par cancer en baisse

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

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

L'âge médian au décès sur la période 2003-2007 est de 72 ans chez l'homme et 76 ans chez la femme.

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

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

► Des projections de survie encourageantes

Les projections de survie des adultes atteints de cancer à partir des données publiées en France et à l'international montrent que globalement 50 % des patients avec un diagnostic de cancer seront vivants après 5 ans et 38 % seront guéris.

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

Sources : Les données d'incidence et de mortalité estimées sont publiées pour l'année 2010 par les Hospices civils de Lyon, l'InVS, l'INCa, le réseau des registres du cancer Francim et le CépiDc-Inserm.

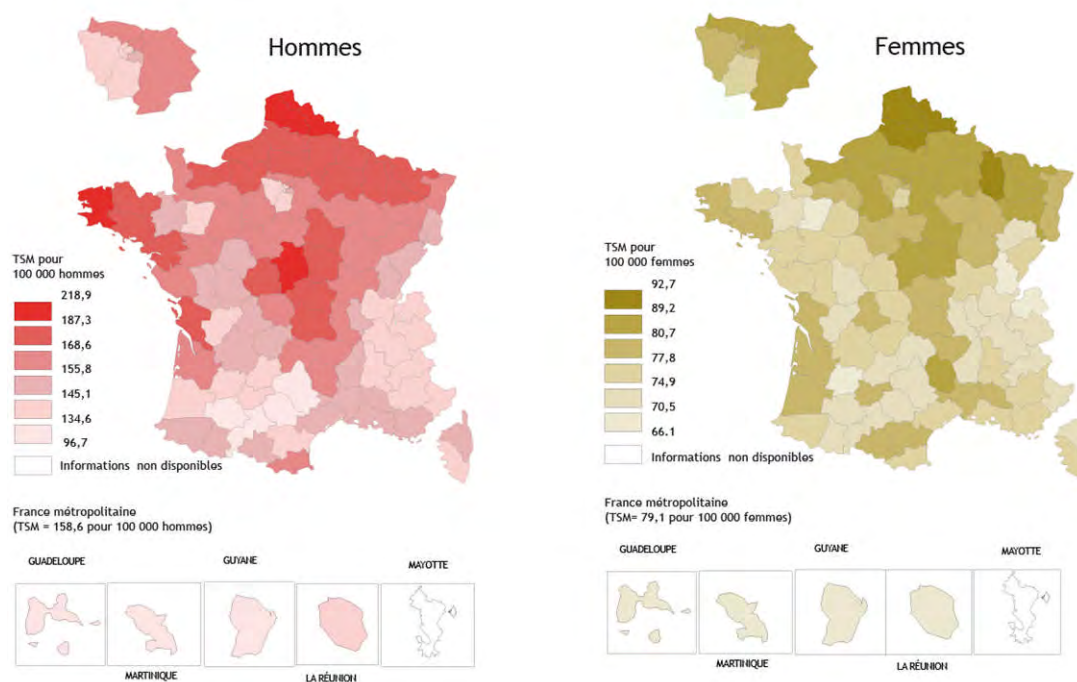
Rapport « La situation du cancer en France en 2011 », INCa, octobre 2011

► Des disparités géographiques importantes

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

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

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



Source : IIVS, CépiDc Inserm
Infographie : INCa 2011

Rapport « La situation du cancer en France en 2011 », INCa, octobre 2011



Partie I

Les actions du Plan cancer 2009-2013 réalisées ou engagées à la fin 2011

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

Les objectifs du Plan cancer

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

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

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

Les actions réalisées ou engagées au 31 décembre 2011

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



Mesure 1 Renforcer les moyens de la recherche pluridisciplinaire

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

- Afin de promouvoir et structurer la coopération entre les différentes dimensions de la recherche - fondamentale, clinique, santé publique, épidémiologie, sciences humaines et sociales - **des sites de recherche intégrée sur le cancer (SIRIC) sont labellisés et financés**. Ces sites ont un double objectif, d'une part élaborer et conduire des programmes pluridisciplinaires de recherche intégrée, d'autre part assurer la diffusion des résultats de la recherche auprès des professionnels, des patients et du public. Ils doivent répondre au cahier des charges établi par l'INCa et l'ITMO cancer (Aviesan), publié en juillet 2010. Suite à l'évaluation des candidatures (12 projets reçus) par un jury international en mai 2011, deux SIRIC ont été labellisés. Un nouvel appel à candidatures a été lancé à l'été 2011 ; les candidatures reçues mi-décembre seront évaluées et auditionnées en mai 2012. Le Plan cancer prévoit la labellisation d'au moins 5 SIRIC au total d'ici à 2013.

► **FAIT MARQUANT 2011** : Labellisation des 2 premiers sites de recherche intégrée sur le cancer (SIRIC), bénéficiant d'un financement pluriannuel par site de 9 millions d'euros sur 5 ans (budget INCa et crédits Assurance maladie).

- La structuration territoriale de la recherche sur le cancer en France repose sur les **7 canceropôles régionaux ou interrégionaux**, qui mobilisent les acteurs de la communauté scientifique, médicale et industrielle pour développer des programmes interdisciplinaires. Suite à l'évaluation menée par l'AERES, ils sont labellisés en juin 2011 pour une durée de quatre ans et soutenus à hauteur de 21,7 millions d'euros. L'appréciation globale de l'ensemble des actions structurantes menées par chacun des canceropôles est très positive et la valeur ajoutée de ce programme en termes de dynamique régionale et nationale de recherche a été reconnue.

► **FAIT MARQUANT 2011** : Evaluation par l'AERES et labellisation des 7 canceropôles régionaux ou interrégionaux, pour un financement pluriannuel de 21,7 millions d'euros (INCa).

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

La spécificité de la recherche translationnelle dans le domaine du cancer implique le développement d'une formation appropriée de médecins et de chercheurs. Des **subventions de formation** en master 2, doctorat ou postdoctorat sont attribuées. Dix-neuf projets ont ainsi été sélectionnés en mai 2011, en complément des 32 projets retenus en 2009 et 2010, pour un financement total de 3,2 millions d'euros. L'appel à candidatures pour la formation à la recherche translationnelle sera piloté par l'Inserm à partir de 2012.

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

Deux nouveaux appels à projets de recherche multidisciplinaire ont été lancés par l'Inserm en 2011, dont la reconduction est programmée. Le premier inclut les mathématiques, la physique et les sciences de l'ingénieur : 17 projets ont été retenus en 2011 ; l'appel à projets a été reconduit pour 2012. Le second porte sur les tumeurs spontanées et le développement de modèles animaux, pour des projets impliquant les équipes de recherche biomédicale et les écoles vétérinaires : 2 projets ont été sélectionnés en 2011 et une conférence internationale a été organisée en novembre par l'ITMO cancer et l'INCa avec l'Institut de recherche sur le cancer du Royaume-Uni (NCRI).

Deux programmes d'actions intégrées de recherche (PAIR) sont en cours, pour les cancers de la prostate et des voies aérodigestives supérieures associant l'ARC, la Ligue nationale contre le cancer et l'INCa. Ils ont vocation à soutenir l'ensemble des dimensions de la recherche dans le cadre d'une pathologie : biologie fondamentale, recherche clinique, épidémiologie, technologies innovantes, prévention, dépistage, diagnostic, traitement et les aspects des sciences humaines et sociales. Le premier programme porte sur le cancer de la prostate, avec 8 projets co-financés depuis 2010 pour un montant total de 6 millions d'euros. Le second a été lancé en 2011 pour les cancers des voies aérodigestives supérieures, avec 7 projets retenus pour un montant de 4,1 millions d'euros. Un nouveau programme sur les cancers gynécologiques devrait être déployé en 2012 (appel à projets lancé fin 2011).

► **FAIT MARQUANT** : 2 programmes PAIR en cours pour le cancer de la prostate (8 projets, 4,1 millions d'euros et les cancers des voies aérodigestives supérieures (7 projets, 6 millions d'euros). Lancement en 2011 d'un troisième programme portant sur les cancers gynécologiques (ARC-Ligue-INCa).

⁸ Les données 2009-2010-2011 figurent en partie II du présent rapport (fiche mesure 1).

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

► **FAIT MARQUANT 2011** : Lancement du premier appel à projets de recherche conjoint en décembre dans le cadre du projet européen TRANSCAN portant sur la recherche translationnelle en cancérologie.

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



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

Afin de faire progresser la prise en charge et le traitement des cancers, tout en réduisant leurs effets secondaires, le Plan cancer fixe parmi ses priorités le soutien à la recherche clinique.

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

► **FAIT MARQUANT** : Progression du nombre de malades inclus dans les essais cliniques de 57 % entre 2008 et 2010. L'objectif fixé par le Plan d'augmenter de 50 % la participation aux essais d'ici 2013 est ainsi déjà atteint.

L'offre d'essais cliniques progresse grâce à l'effort financier consacré aux projets de recherche clinique, ainsi qu'à la promotion des essais de phase précoce pour favoriser l'accès aux molécules innovantes.

- **Les projets de recherche clinique soutenus** portent sur de nouveaux médicaments ou associations de médicaments contre la maladie ou ses effets secondaires, de nouvelles façons de les administrer, de nouvelles techniques de traitement, de diagnostic, de prise en charge ou de prévention. Ils sont financés sur appels à projets reconduits chaque année. Dans le cadre du programme hospitalier de recherche clinique (PHRC) cancer et du programme de soutien aux techniques innovantes coûteuses (STIC) en cancérologie, permettant de financer des projets d'ampleur nationale, 66 projets ont été retenus en 2011 pour un financement de 23 millions d'euros⁹, qui s'ajoutent aux projets sélectionnés en 2009 et 2010 (61 projets en 2010 pour 22 millions d'euros, 56 projets sélectionnés en 2009 pour 19,5 millions d'euros)¹⁰. Les nouveaux appels à projets PHRC et STIC pour 2012 ont été publiés fin 2011.

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

- Des essais cliniques de grande ampleur sont en cours pour le cancer du sein : l'étude SIGNAL pour l'identification de facteurs génétiques de prédisposition et de facteurs prédictifs de toxicité ou de sensibilité au traitement (8 429 patientes recrutées de 2009 à septembre 2011 dans 135 centres

⁹ Les projets sont financés sur 4 ans par des crédits MERRI (missions d'enseignement, de recherche, de référence et d'Innovation).

¹⁰ Les données 2009-2010-2011 figurent en partie II du présent rapport (fiche mesure 4).

participants) et l'essai SHARE¹¹ en matière de radiothérapie du cancer du sein, dont les inclusions ont démarré fin 2010 (2 800 patientes devraient être incluses dans 50 centres de radiothérapie d'ici 2014).

- **Afin de favoriser l'accès aux molécules innovantes pour les patients, 16 centres d'essais cliniques de phase précoce (CLIP²) ont été labellisés** fin 2010, sur appel à candidatures, et soutenus par des financements dédiés pour une durée de quatre ans. Le soutien apporté à ces centres est destiné à leur permettre de se hisser au plus haut niveau international de qualité. Ces efforts se concrétisent par des collaborations internationales avec les grandes institutions et avec les laboratoires pharmaceutiques mondiaux. Ainsi, dans le cadre du **partenariat engagé par l'INCa avec le National Cancer Institute américain (NCI)**, 5 projets soumis par des équipes françaises ont été sélectionnés et 2 essais ont démarré en 2011. Par ailleurs, suite au premier accord de collaboration signé avec un laboratoire pharmaceutique mettant à disposition une molécule innovante pour des essais cliniques, un appel à projets destiné aux CLIP² a été lancé en novembre 2011 par l'INCa. Ces initiatives ont pour but de favoriser le développement des nouveaux agents anticancéreux et de les mettre rapidement à la disposition des patients en France.

► **FAIT MARQUANT** : 16 centres d'essais cliniques de phase précoce labellisés en 2010 et soutenus pour quatre ans (9 millions d'euros sur 2011-2014 alloués par l'INCa et par l'ARC pour le fonctionnement des CLIP²).

Le soutien à la recherche clinique se traduit également par des actions visant à améliorer l'information des patients et des professionnels de santé sur l'offre d'essais, mais aussi à développer la consultation des patients sur les protocoles.

- **Pour une meilleure information des patients et des professionnels de santé** sur l'offre d'essais cliniques, 1 332 essais ont été répertoriés au 31 décembre 2011 (60 % d'essais académiques et 40 % d'essais industriels) dans le **registre des essais cliniques de cancérologie** géré par l'INCa, grâce au partenariat mis en place avec l'AFSSAPS, le centre national de gestion des essais de produits de santé et les opérateurs du logiciel SIGREC (système d'information et de gestion de la recherche et des essais cliniques).

► **FAIT MARQUANT** : 1.332 essais cliniques répertoriés sur le registre des essais cliniques de cancérologie au 31 décembre 2011. Plus de 1,9 million de visites en 2011 sur le registre en ligne sur www.e-cancer.fr.

- Le Plan cancer fixe également pour objectif **la consultation systématique des comités de patients pour tous les protocoles d'essais cliniques**, dans un souci de transparence et d'expression des malades. Pour ce faire, la Ligue nationale contre le cancer va étendre le processus, mis en place avec la Fédération nationale des centres de lutte contre le cancer, de relecture des fiches patients avant consultation des comités de protection des personnes, aux autres promoteurs d'essais cliniques, les groupes coopérateurs, les établissements publics de santé et les industries du médicament à travers le LEEM. À partir de 2012, le nouveau dispositif devrait permettre une forte montée en charge du nombre de fiches patients ainsi relues, d'une moyenne annuelle de 30 fiches aujourd'hui jusqu'à 250 fiches par an.

Les progrès réalisés grâce à la recherche permettent déjà d'améliorer la prise en charge thérapeutique. Ainsi la compréhension des caractéristiques moléculaires des tumeurs permettent aujourd'hui un traitement personnalisé pour un nombre de plus en plus important de patients, qui bénéficient de nouvelles thérapies « ciblées » (voir 3.3). Afin de mieux informer le public sur les progrès de la recherche sur le cancer, un web-documentaire est en cours de préparation par l'INCa, l'Inserm et l'ARC.

► **FAIT MARQUANT 2011** : Préparation d'un web documentaire sur les progrès de la recherche contre le cancer, co-produit INCa-Inserm-ARC.

¹¹ Le promoteur de l'essai SHARE est la Fédération Nationale des Centres de Lutte Contre le Cancer (FNCLCC)

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



Mesure 5 Faire de la France une référence internationale

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

- **Une stratégie commune de recherche contre le cancer a été définie** par l'Institut thématique cancer (ITMO cancer) au sein d'Aviesan et l'INCa, autour de six axes stratégiques identifiés en adéquation avec le Plan cancer 2009-2013, qui se concrétisent notamment par des appels à projets menés en collaboration.
- **Le programme International cancer genome consortium (ICGC)**, dans lequel la France s'est engagée depuis 2008, vise à séquencer les génomes d'une cinquantaine de types de cancers afin de mieux comprendre le rôle des altérations génomiques dans leur développement. L'objectif pour la France est de séquencer le génome de cinq types de tumeurs. La première phase démarrée dès 2009 concerne le séquençage du cancer du foie (14 tumeurs sélectionnées) et du cancer du sein HER2+¹² (50 tumeurs). En plus de ces deux types de tumeurs, un troisième programme de séquençage se met en place à partir de 2011 piloté par l'Inserm ; il concerne le cancer de la prostate.

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

- **La tumorothèque virtuelle nationale (TVN)**, ouverte depuis juillet 2010, a pour objectif de donner une visibilité et une accessibilité aux principales collections nationales d'échantillons constituées dans le cadre de réseaux et consortiums thématiques et de programmes de recherche nationaux ou internationaux. Cette base de données regroupe plus de 1 600 échantillons biologiques issus du programme PNES cancers du poumon et est implémentée à partir de 2011 avec d'autres collections thématiques, notamment les cancers du foie (programme ICGC) et les cancers de la prostate (programme PAIR 2010 et ICGC).
- **Le développement de la coopération internationale en recherche et en santé publique contre le cancer** s'effectue notamment à travers des partenariats multilatéraux. Suite à la signature d'un accord par l'Institut de recherche pour le développement (IRD) définissant une stratégie commune, une étude de recherche a été engagée en Thaïlande sur les cancers du col de l'utérus, qui devrait permettre de définir des stratégies de dépistage. Un partenariat est envisagé avec l'ANRS et l'Institut Pasteur au Cambodge.

Une convention de coopération entre les autorités de santé sénégalaises et l'Ambassade de France à Dakar et l'INCa, a été signée fin décembre 2011, qui prévoit sur une durée de trois ans des actions de santé publique, de recherche et de formation de professionnels de santé, ainsi qu'un apport d'expertise au renouvellement du plan cancer sénégalais. Des discussions sont également en cours avec les autorités de Côte d'Ivoire pour définir un nouveau cadre de coopération dans la lutte contre le cancer avec l'INCa.

L'INCa soutient également la formation de radiophysiciens, sous l'égide de l'AIEA¹³ : un programme a démarré en 2011 en Mauritanie dans le cadre de la création d'un nouveau centre d'oncologie. Ce programme devrait être renforcé grâce à la signature d'un nouvel accord avec l'AIEA intervenue en septembre 2011. Une réflexion a été initiée en 2011 dans le cadre du projet

¹² HER2 (Human Epidermal Growth Factor Receptor-2).

¹³ Agence internationale de l'énergie atomique (AIEA)

EUROMED, au sein de l'Union pour la Méditerranée, pour promouvoir des programmes de santé publique dans les pays du pourtour méditerranéen.

- **L'évaluation de la recherche repose notamment sur des indicateurs bibliométriques mesurant le nombre et la qualité des publications scientifiques.** La visibilité de la France dans la recherche sur le cancer est en progression, avec 6 755 publications en 2010 par des équipes de recherche françaises, soit une augmentation de 18 % par rapport à 2007. En complément de ces indicateurs, une réflexion est engagée au niveau international pour définir des critères permettant d'évaluer l'impact des découvertes scientifiques et des avancées qui en découlent pour les malades et la population générale. L'INCa est partie prenante de cette réflexion, au sein de l'International Cancer Research Partners (ICRP), qui regroupe 49 organisations et institutions finançant la recherche sur le cancer. Une base de données commune des investissements consentis en recherche sur le cancer a été mise en place ; elle est implémentée par l'INCa pour ce qui concerne les projets de recherche menés par des équipes françaises (voir le « Portfolio de la recherche sur le cancer », première base de données en France des projets de recherche financés par l'INCa et le ministère de la Santé, en ligne sur le site www.e-cancer.fr).

► **FAIT MARQUANT** : 6.755 publications dans le domaine du cancer en 2010 par des équipes de recherche françaises, soit une augmentation de 18% par rapport à 2007.

- Dans le cadre de l'objectif d'améliorer la visibilité de la recherche française en cancérologie, le ministère chargé de la Santé (direction générale de la santé) et l'INCa s'impliquent dans le **Partenariat européen de lutte contre le cancer (EPAAC)**, notamment sur son volet recherche visant à promouvoir la coordination des financements et des programmes entre Etats membres. Une consultation a été lancée en 2011, afin d'identifier des domaines de recherche partagés. Un meeting des représentants des Etats-membres est programmé en juillet 2012, organisé par l'INCa.

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



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

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

- L'arrêté pluriannuel programmant la création de postes d'internes par spécialité et région¹⁴ prévoit **886 nouveaux postes d'internes sur la période 2010-2014** dans les spécialités ciblées par le Plan cancer : 577 postes d'internes en DES d'oncologie et 309 en DES d'anatomopathologie, soit une augmentation respective de 47 % et de 58 % sur 5 ans. Tous les postes offerts en 2011 ont été pourvus : 116 postes en oncologie, soit 24 postes supplémentaires par rapport à 2010, et 61 en anatomopathologie, soit 8 postes supplémentaires.

► **FAIT MARQUANT** : 322 postes d'internes en oncologie médicale et en anatomopathologie pourvus sur deux ans en 2010 et en 2011.

- Un soutien particulier est mis en œuvre pour **les régions en situation démographique difficile**, qui bénéficient de moyens renforcés (14 postes d'assistants spécialistes financés en 2011 en oncologie médicale et anatomopathologie ; 13 postes financés en 2010). Les agences régionales

¹⁴ Arrêté ministériel du 12 juillet 2010.

de santé pourront également activer les leviers prévus par la loi « hôpital, patients, santé et territoires » (HPST) pour le rééquilibrage territorial des professionnels de santé.

- S'agissant des **postes hospitalo-universitaires titulaires en cancérologie**¹⁵, on observe en cancérologie et en hématologie une stabilité des effectifs entre 2009 et 2011 et une diminution des postes en anatomocytopathologie entre 2008 et 2009 (les effectifs 2010 n'ont pas encore été publiés). Toutefois, le domaine du cancer est indiqué comme une priorité pour les redéploiements de postes hospitalo-universitaires titulaires en 2012 dans la circulaire conjointe des ministères de la Santé et de l'Enseignement supérieur et de la Recherche du 25 août 2011. En outre, le nombre de postes offerts au concours et à la mutation pour l'année 2012 est en augmentation : 9 postes en cancérologie-radiothérapie (soit 3 postes supplémentaires par rapport à 2011), 11 postes en anatomocytopathologie (5 postes supplémentaires)¹⁶.
- **Le renforcement quantitatif et qualitatif des postes au sein des centres de radiothérapie** est un enjeu crucial. Les effectifs d'étudiants en radiophysique médicale ont doublé entre 2007 et 2010. Grâce à cet effort de formation, le nombre de radiophysiciens en poste en radiothérapie a été porté début 2011 à 491 équivalent temps plein, soit une augmentation de 30 % des effectifs depuis 2007. Pour l'année scolaire 2011-2012, un financement de 103 000 euros sera alloué aux établissements concernés afin d'assurer l'indemnisation des stagiaires et la valorisation des établissements pour le temps dédié à l'encadrement et la participation à l'enseignement. La qualité et la sécurité dans les centres ont également été renforcées par le soutien apporté au métier de technicien de dosimétrie et le financement de postes de qualifiés (voir 3.2).

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

- **Le soutien de la spécialité d'anatomopathologie** est indispensable pour faire face aux mutations scientifiques et techniques auxquelles sont confrontés les médecins pathologistes pour établir le diagnostic morphologique de cancer. L'actualisation de la nomenclature des actes d'anatomopathologie, publiée en avril 2010, est en cours sous le pilotage de la CNAMTS, pour intégrer la complexité actuelle des actes ACP en cancérologie ainsi que les actes nouveaux : l'avis de la HAS a été rendu en septembre 2011. Un groupe de travail relatif à l'anatomopathologie a été mis en place début 2011 par le ministère de la Santé (DGOS), afin d'établir un état des lieux de l'ACP exposant les difficultés de la spécialité et fournir des préconisations et des propositions d'actions pouvant répondre aux différentes problématiques identifiées ; son rapport est attendu au cours du premier trimestre 2012.
- Les travaux conjointement menés par l'ONDPS et l'INCA en liaison avec le MESR et la DGOS, permettent de **suivre l'évolution de la démographie médicale en cancérologie** à travers l'observation et l'analyse des données régionales pour identifier les régions en difficulté. Le nouveau rapport sur les métiers de la cancérologie sera publié début 2012. Une enquête a été publiée fin 2011 sur la mobilité, les choix d'installation et les modes d'exercice des jeunes oncologues et pathologistes.

► **FAIT MARQUANT 2011** : Publication d'une enquête sur la mobilité, les choix d'installation et les modes d'exercice des jeunes oncologues et pathologistes (INCa-ONDPS).

¹⁵ Postes de PU-PH et MCU-PH (hors postes hospitalo-universitaires en CLCC : non disponibles pour 2009 et 2010). Postes temporaires de CCA non publiés

¹⁶ Postes de PU-PH et MCU-PH (arrêté du 26 décembre 2011)

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

Les objectifs du Plan cancer

Le Plan cancer 2009-2013 fixe comme priorité de réduire les inégalités de santé face au cancer, géographiques, socio économiques ou liées à l'environnement, à travers tous les axes de la politique de lutte contre le cancer. Les enjeux sont de mieux comprendre les facteurs de risques et mieux connaître les disparités afin d'améliorer la prévention et le dépistage, l'accès aux soins pour tous et la qualité de vie des personnes atteintes.

Les actions réalisées ou engagées au 31 décembre 2011

2.1. Analyser les facteurs d'inégalités et les risques environnementaux et comportementaux



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

Les objectifs attendus sont de mieux connaître les déterminants des inégalités sociales face au cancer et de mieux caractériser les risques environnementaux et comportementaux et les populations exposées afin d'assurer une prévention adéquate. Pour atteindre ces objectifs, les actions prévues par le Plan cancer impliquent la mobilisation de différentes disciplines dans le champ de la recherche, la coordination de la programmation entre les acteurs impliqués et le développement des instruments de recherche destinés à être accessibles à la communauté scientifique.

- Sur appels à projets de recherche en sciences humaines et sociales, épidémiologie et santé publique, 23 projets portant sur **les inégalités sociales face au cancer** ont été retenus sur 2009-2011, dont 10 nouveaux projets sélectionnés en mai 2011¹⁷.

Une démarche de « **recherche interventionnelle** » est soutenue par l'INCa depuis 2010, encourageant la mobilisation des chercheurs en sciences humaines et sociales, épidémiologie et santé publique afin de développer et évaluer des interventions de terrain visant à réduire les inégalités sociales face au cancer. Afin d'accompagner les porteurs de projets, une première sélection sur lettres d'intention est réalisée par le comité d'évaluation, avant sélection définitive des projets retenus. Suite au premier appel à projets, 10 lettres d'intention ont été sélectionnées et 2 projets finalement retenus en 2011. Afin de mobiliser les chercheurs, un séminaire s'est tenu le 13 octobre 2011 sur le thème « Recherche interventionnelle visant à améliorer la santé de populations : mise en pratique et retour d'expériences pluridisciplinaires » ; il a regroupé environ 150 participants.

De plus, une réunion des correspondants des cancéropôles est programmée mi-janvier 2012 pour aborder l'organisation à mettre en place pour faire émerger des projets d'envergure nationale entre les différents chercheurs des cancéropôles.

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

¹⁷ Voir partie II du présent rapport (fiche mesure 2).

- Le soutien à la **recherche sur les risques comportementaux et environnementaux dans le domaine des cancers**¹⁸ s'effectue à travers les appels à projets libres lancés par l'INCa (28 projets retenus de 2009 à 2011), mais aussi par les programmes pilotés par l'ANSES et l'ANR. Ainsi l'INCa s'est associé depuis 2010 aux appels à projets lancés par l'ANSES dans le cadre du **programme national de recherche en environnement-santé-travail** (PNREST) visant à promouvoir durablement une recherche d'excellence dans le domaine de la santé environnementale et de la santé au travail : 17 projets sont soutenus dans le cadre du Plan cancer (8 projets retenus en 2010 pour 900 000 euros, 9 en 2011 pour 1,2 million d'euros). A partir de 2011, l'INCa s'associe également à l'ANR dans le cadre de son appel à projets « contaminants et environnement » : 6 projets seront financés par le Plan cancer pour 3 millions d'euros.

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

► **FAIT MARQUANT 2011** : Colloque international « Cancer et expositions environnementales » organisé le 12 décembre 2011 (ANSES, AVIESAN, INCa).

- S'agissant des instruments de recherche, **deux cohortes ayant trait au cancer et faisant partie des très grandes infrastructures de recherche** (TGIR), pilotées par l'IReSP et l'Institut de santé publique de l'Inserm, sont soutenues financièrement par l'INCa et la Ligue nationale contre le cancer pour un montant annuel de 3 millions d'euros (E3N, Constances¹⁹). **Cinq autres cohortes ayant trait au cancer, sélectionnées par le programme des investissements d'avenir**, sont également soutenues dans le cadre du Plan cancer (Canto, Coblance, Cryostem, E4N, Hope-Epi) ; elles ont reçu au total 32,8 millions d'euros.

L'Institut de santé publique et l'IReSP ont été chargés par le ministère de la Recherche du suivi scientifique de l'ensemble des cohortes soutenues dans le cadre des dispositifs TGIR-Cohortes et Investissements d'avenir. L'objectif est la mutualisation des bonnes pratiques et la mise à disposition des données collectées à la communauté scientifique de façon plus homogène ; la première réunion de coordination s'est tenue en octobre 2011.

L'appel à projets lancé par l'IReSP pour un soutien d'analyses secondaires de données recueillies dans le cadre de grandes études épidémiologiques en cancérologie a conduit à la sélection de 8 projets en 2011, dont le financement est assuré par l'Inserm.

► **FAIT MARQUANT** : 7 cohortes soutenues dans le cadre du Plan cancer, dont 2 faisant partie des Très grandes infrastructures de recherche et 5 sélectionnées par le programme des Investissements d'avenir (pilotage Institut santé publique-IReSP).

- Des sites référents en épidémiologie analytique par type de cancer sont identifiés associant cliniciens et anatomopathologistes spécialisés dans certains types de cancers, notamment ceux en augmentation. Un premier projet national de suivi des tumeurs cérébrales a été financé ; le soutien d'un projet de suivi des cancers de l'enfant est également prévu.
- Un programme a été lancé en 2011 pour **la constitution de bases clinico biologiques communes autour d'une même pathologie**²⁰, L'objectif est de mettre en place des outils structurants communs aux différents acteurs (registres, tumorothèques, unités de recherche clinique, chercheurs, oncologues et les différents acteurs des soins, dont les centres experts

¹⁸ Voir partie II du présent rapport (fiche mesure 3).

¹⁹ Le comité de pilotage des TGIR piloté par l'IReSP a retiré son soutien au projet Nutrinet, dont le rapprochement avec la cohorte Constances a été jugé trop peu avancé au regard de ce qui avait été recommandé.

²⁰ Voir partie II du présent rapport (fiche mesure 23).

nationaux ou régionaux pour les cancers rares), afin d'optimiser le recueil d'information et son exploitation. Suite au premier appel à projets lancé en 2011, 5 projets ont déjà été retenus (INCa). Cette démarche s'inscrit en articulation avec le **Plan national santé environnement (PNSE2)**, pour constituer des bases de données afin d'explorer la composante cancer des maladies environnementales.

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



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

Les objectifs définis par le Plan cancer 2009-2013 en matière d'observation sont de réunir, synthétiser et communiquer les informations actualisées sur le cancer et la cancérologie, mais aussi d'améliorer et soutenir la surveillance épidémiologique des cancers et mieux observer les composantes sociales de la maladie.

- **Le rapport « La situation du cancer en France »**, actualisé chaque année, rassemble les données disponibles en matière d'épidémiologie, de recherche sur le cancer, de facteurs de risques, de dépistage, d'offre de soins et de qualité de vie avec le cancer, avec une approche par localisations cancéreuses. La version 2011 du rapport a été publiée en octobre.

L'ensemble de ces informations est rendu accessible sur le **Portail des données du cancer**, ouvert en octobre 2011²¹, qui permet un accès direct, simple et dynamique aux principales données actualisées sur le cancer et la cancérologie issues des producteurs de données et des travaux de l'INCa.

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

- **Les données estimées d'incidence et de mortalité par cancer sont publiées chaque année** depuis 2009 par les Hospices civils de Lyon, l'InVS, l'INCa, le réseau des registres du cancer Francim et le CépiDC-Inserm. Une nouvelle méthode d'estimation des survies après un diagnostic de cancers a été validée par le conseil scientifique du programme de travail partenarial relatif à la surveillance des cancers à partir des registres.

Afin d'améliorer et soutenir la surveillance épidémiologique des cancers, le soutien des registres des cancers a été renforcé, par un financement accru, permettant notamment de réduire les délais de production des données par les registres et gagner une année en 2011 (passer de n-4 à n-3). Trois quart des registres ont déjà atteint cet objectif en 2011²², malgré les difficultés rencontrées dans la transmission des données anatomocytopathologiques. L'InVS et INCa participent à la réflexion sur la transmission des données ACP à des fins de santé publique et de recherche dans le cadre d'un groupe de travail sur la profession des pathologistes piloté par la DGOS, dont les conclusions sont attendues au cours du premier trimestre 2012 (cf. 1.4).

► **FAIT MARQUANT 2011** : Trois quart des registres ont réduit d'une année le délai de production des données d'incidence des cancers (19 registres sur 26).

- **Les études pour la mise en place du système multi-sources des cancers (SMSC) progressent**. Le rapport de l'étude pilote tri-sources a été mis en ligne le 31 août 2011 sur le site de l'InVS. Lors de la réunion du comité de suivi des résultats préliminaires sur le système bi-source ont été présentés. Un premier rapport portant sur la production d'indicateurs de surveillance des cancers à partir du croisement des bases de données ALD et PMSI sur la période 2006-2008 sera publié début 2012. Ce rapport portera sur sept localisations de cancer

²¹ Voir partie II du présent rapport (fiche mesure 6).

²² Voir partie II du présent rapport (fiche mesure 7).

« prioritaires » (sein, côlon rectum, col de l'utérus, corps de l'utérus, rein, poumon et système nerveux central). Un deuxième rapport portant sur la validation des résultats est prévu pour mai 2012. Il comparera les niveaux de cas de cancer des indicateurs issus du croisement, avec les cas incidents dans les zones registres. Le projet fera l'objet d'une présentation au conseil scientifique de l'InVS en février 2012 dans le but de recueillir son avis sur l'aspect scientifique et méthodologique du croisement. L'utilisation à des niveaux géographiques régional et départemental est envisagée pour début 2013.

- S'agissant de **l'observation et la surveillance des cancers liés à l'environnement professionnel**²³, les modalités de mise en place de la déclaration obligatoire du mésothéliome, pilotée par l'InVS, ont été finalisées en 2011. Suite à l'étude de faisabilité menée dans 6 régions (Auvergne, Lorraine, Midi-Pyrénées, Aquitaine, Ile-de-France et Paca) au premier semestre pour tester les procédures, le formulaire de déclaration et les circuits d'information, les préconisations du comité de pilotage de l'InVS pour le déploiement ont été acceptées par le HCSP en novembre 2011. Le déploiement va intervenir en 2012, à la suite de la publication du décret n°2012-47 du 16 janvier 2012, qui ajoute le mésothéliome à la liste des maladies à déclaration obligatoire.

Par ailleurs, les études de cohorte pilotées par l'InVS se poursuivent, tant en population générale que dans le champ professionnel. Le rapport du pilote COSET MSA est en cours de finalisation. Une convention InVS-RSI a été conclue en 2011 pour la réalisation d'une étude pilote en septembre 2012.

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

- **Afin de disposer de données d'observation sur les composantes sociales de la maladie, la réédition du Baromètre santé cancer est en voie de finalisation** par l'Inpes, en collaboration avec l'INCa. La phase d'enquête terrain a été réalisée auprès d'environ 4 000 personnes âgées de 15 à 85 ans. La publication est attendue au cours du premier trimestre 2012 – certains résultats ayant déjà été rendus publics sous forme d'articles. Les grands thèmes traités sont : les représentations des cancers, les représentations en matière d'information et de soins, tabac et cancer, alcool et cancer, exposition aux UV et cancer, radon et cancer, nutrition, activité physique et cancer, les dépistages. Ils permettront de mesurer les évolutions de ces connaissances, attitudes et comportements vis-à-vis du cancer par comparaison au premier baromètre publié en 2005.

Par ailleurs, la préparation de l'enquête relative à la qualité de vie des personnes atteintes de cancer deux ans après le diagnostic progresse. Son pilotage est assuré par l'INCa et l'Assurance maladie ; la direction scientifique et opérationnelle de l'enquête a été confiée à une unité Inserm. La phase pilote permettant de tester les questionnaires patients a démarré en décembre 2011. Les résultats de l'enquête sont attendus pour 2013 ; ils permettront de mesurer les évolutions constatées depuis la précédente enquête publiée en 2008 (DREES).

- Le Haut Conseil de la santé publique a été saisi par le ministère chargé de la Santé (direction générale de la santé) pour **identifier les indicateurs des inégalités de santé dans le domaine des cancers**. Deux groupes de travail ont été mis en place et une note sur l'état des lieux des indicateurs des grandes enquêtes nationales a été finalisée fin 2011. Les groupes ont programmé des réunions complémentaires en 2012 et un sous-groupe plus spécifiquement en charge des indicateurs pertinents à insérer dans les systèmes d'information sanitaire a été constitué.

²³ Voir partie II du présent rapport (fiche mesure 9).

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



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

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

- **Le tabac constitue la première cause de décès liés au cancer en France, comme dans le monde.** 25 % des décès par cancer en France sont imputables au tabac et le tabac favorise de manière significative 17 localisations de cancer²⁴. La prévalence tabagique est en augmentation, en particulier chez les femmes et parmi les chômeurs²⁵. **Les actions réalisées pour lutter contre la consommation de tabac sont destinées à réduire l'attractivité des produits du tabac, mais aussi à favoriser l'arrêt du tabac.**

Ainsi, plusieurs mesures ont été prises en 2010 et 2011 pour interdire la vente de tabac aux mineurs de 18 ans, ainsi que la vente des cigarettes aromatisées (« cigarettes bonbons ») et pour rendre obligatoires les avertissements graphiques (en vigueur depuis avril 2011 pour les paquets de cigarettes et sera appliqué en avril 2012 pour les autres produits du tabac). Le respect de ces dispositions législatives et réglementaires est toutefois inégal : si l'interdiction des cigarettes-bonbons semble bien respectée, en revanche la vente de tabac aux mineurs se poursuit (une étude du CNCT publiée en novembre 2011 montre que 62 % des débitants ont vendu un paquet de cigarette à un jeune de moins de 18 ans et qu'un sur cinq a vendu du tabac à un jeune de 12 ans). Une circulaire du 3 août 2011 demande aux préfets et aux directeurs généraux des agences régionales de santé de renforcer les contrôles de ces mesures de lutte contre le tabagisme.

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

D'autres actions sont à l'œuvre pour **l'aide à l'arrêt du tabac** comme le triplement du remboursement (de 50 à 150 euros) des substituts nicotiniques à partir de 2011 pour les femmes enceintes. Un programme d'aide au sevrage tabagique a été mis en place par l'Inpes sur le site internet de Tabac Info Service, dont la ligne téléphonique est désormais accessible par un numéro court, le 39 89. L'élaboration de nouvelles recommandations professionnelles de pratique clinique de l'aide à l'arrêt du tabac est engagée par la HAS avec la Société française de tabacologie ; leur publication est prévue fin 2012.

Afin de contribuer au développement d'actions de prévention adaptées, **des documents de référence en matière de cancers et tabac** (fiches repères) synthétisant l'ensemble des connaissances et des informations les plus actualisées sont publiés par l'INCa (cancers et cannabis, cancers et tabagisme passif, cancers et tabac, cancers et produits du tabac sans fumée, cancers et tabac chez les femmes). Une nouvelle fiche repères « Sevrage tabagique et prévention des cancers » a été publiée en 2011.

²⁴ Poumon, cavité buccale, pharynx, larynx, pancréas, vessie, reins, cavités nasales, sinus, œsophage, estomac, foie, col de l'utérus, leucémie myéloïde, colorectal, ovaire et sein (cf. Rapport « Situation du cancer en France en 2011 », INCa)

²⁵ Baromètre santé 2010 (Inpes)

Ces mesures s'inscrivent dans la **convention cadre de lutte anti-tabac (CCLAT)** de l'Organisation mondiale de la santé, dont la France est partie prenante. Les 171 pays membres ont adopté en 2010 des recommandations pour la mise en œuvre de la convention sur l'information et l'éducation, les programmes de sevrage et les ingrédients des produits du tabac. Une déclaration sur les actions menées par l'industrie du tabac à l'encontre des politiques nationales a également été adoptée. Les négociations concernant l'interdiction de la vente des produits de tabac par internet sont reportées à mars 2012.

La consommation de boissons alcoolisées est la deuxième cause de mortalité évitable par cancer après le tabac en France. Les mesures relatives à l'offre d'alcool prévues par la loi HPST sont mises en œuvre : affiches destinées à limiter l'offre d'alcool à destination des mineurs dans les points de vente ; dispositions relatives aux « happy hours » ; amendement de la loi Évin concernant la publicité sur internet pour les boissons alcoolisées. Pour **aider les personnes en difficulté avec leur consommation d'alcool**, l'aide à distance a été renforcée à travers un dispositif téléphonique et internet, porté par la campagne d'information sur la consommation d'alcool lancée par l'Inpes en mars-avril 2011. Une évaluation du site est prévue en 2012. Une nouvelle fiche repères « Alcool et cancers » a été publiée par l'INCa en février 2011.

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

- **Sources de facteurs de risque et de facteurs protecteurs, l'alimentation et l'activité physique font partie des facteurs comportementaux sur lesquels il est possible d'agir pour accroître la prévention des cancers.** Un rapport d'expertise collective sur le thème « Nutrition et cancer – Légimité de recommandations nutritionnelles dans le cadre de la prévention des cancers » a été publié par l'ANSES en mai 2011. Ce travail met en évidence qu'il n'existe pas d'aliment ou de nutriment « anticancer » en soi et que, pour réduire les excès ou déficits en aliments ou nutriments, et prévenir ainsi le risque de cancer, il convient d'avoir une alimentation équilibrée et diversifiée avec un apport calorique adapté aux dépenses énergétiques jointe à une activité physique régulière, et permettant d'atteindre les apports nutritionnels conseillés. Plusieurs actions²⁶ se poursuivent pour une meilleure sensibilisation sur les liens entre nutrition et cancers : le soutien d'interventions spécifiques sur les risques liés à la nutrition (43 projets retenus sur 2009-2011, dont 27 nouveaux projets en 2011), la diffusion par l'Inpes d'un guide pour la préparation à la retraite incluant l'activité physique dans le cadre du plan « Bien vieillir », la préparation d'un outil d'information en direction des élus. Une fiche repère « Activité physique et cancers » sera publiée début 2012 (INCa). Un colloque scientifique international « nutrition et cancer » est programmé au deuxième semestre 2012, organisé par l'INCa en collaboration avec le réseau national alimentation recherche (NACRe). Ces actions s'inscrivent également dans les objectifs du Plan de lutte contre l'obésité 2010-2013, ainsi que du Plan national nutrition santé 2011-2015.

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

- **Les actions de prévention des expositions professionnelles²⁷ s'inscrivent en synergie avec le Plan santé travail 2010-2014 et le Plan national santé environnement 2009-2013.** Elles se traduisent notamment par l'évolution des dispositions réglementaires existantes pour la protection des travailleurs, ainsi que par des actions de contrôle en milieu professionnel. Un dispositif réglementaire spécifique relatif à la protection des travailleurs contre les risques liés aux rayonnements optiques artificiels (ROA) a ainsi été mis en place en 2010 (décret du 2 juillet²⁸)

²⁶ Voir partie II du rapport (fiche mesure 11)

²⁷ Voir partie II du rapport (fiche mesure 12)

²⁸ Décret transposant la directive 2006/25/CE du Parlement européen et du Conseil du 5 avril 2006

et accompagné d'actions d'information en direction de l'ensemble des acteurs concernés (site internet, fiches, guide). Les effets attendus sont une prise en considération accrue de ce risque par l'ensemble des acteurs concernés, permettant une réduction globale des expositions professionnelle aux UV artificiels, et une meilleure connaissance des liens entre exposition et la survenue de cancers.

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

En ce qui concerne la surveillance médicale des travailleurs exposés à des agents cancérigènes (CMR), la HAS a publié en avril 2010 un rapport d'orientation et des recommandations sur le suivi post professionnel après exposition à l'amiante. Des recommandations de bonne pratique ont également été publiées en janvier 2011 par la HAS sur la surveillance médico-professionnelle des travailleurs exposés à l'action cancérigène des poussières de bois. Les recommandations de bonne pratique élaborées par la société française de médecins du travail (SFMT), sur la surveillance médico-professionnelle des travailleurs exposés aux cancérigènes de la vessie, ont obtenu en décembre 2011 un avis favorable du comité RBP de la HAS pour le label conjoint HAS-INCa ; leur publication est prévue au premier trimestre 2012.

► **FAIT MARQUANT 2011** : Finalisation des recommandations de bonne pratique élaborées par la SFMT sur la « surveillance médico-professionnelle des travailleurs exposés ou ayant été exposés à des agents cancérigènes : application aux cancérigènes de la vessie ».

- **Pour ce qui concerne les risques liés à l'environnement**, la campagne d'information sur **les risques liés aux UV** a été rééditée par l'Inpes à l'été 2011. Un rapport « UV (artificiels et solaires), vitamine D et cancers non cutanés » a été publié en novembre 2011 par l'INCa, sur saisine du ministère chargé de la Santé. Il fait suite au rapport publié en 2010 sur les risques de cancer encourus lors de la pratique du bronzage par UV artificiels. Il rappelle que cette pratique est fortement déconseillée, qu'elle ne peut faire référence à un quelconque bénéfice pour la santé et que les dispositions réglementaires françaises ne permettent pas d'éliminer le risque de cancer associé à cette pratique. Le ministère chargé de la Santé (DGS) a saisi la HAS pour évaluer la dangerosité de la pratique des UV en cabine ; ce sujet est inscrit au programme de travail 2012 de la HAS.

► **FAIT MARQUANT** : Publication du rapport « UV (artificiels et solaires), vitamine D et cancers non cutanés » en novembre 2011 (INCa).

Le Centre international de recherche sur le cancer (CIRC) a classé en mai 2011 **les champs électromagnétiques de radiofréquences, y compris ceux émis par les téléphones portables et sans fil**, comme possiblement cancérigènes pour l'homme. Le lien entre exposition au téléphone mobile et tumeur cérébrale est faible²⁹, mais a été considéré comme crédible. En application du principe de précaution, et en attendant les résultats d'investigations complémentaires, le ministère chargé de la Santé, l'ANSES et l'Inpes ont édicté des règles de « bon usage » du téléphone mobile. Un site spécifique d'information sur le bon usage du téléphone portable a été mis en place par l'Inpes sur www.lesondesmobiles.fr.

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

Des documents de référence en matière de cancers et environnement (milieu de vie et travail), synthétisant l'ensemble des connaissances et des informations les plus actualisées, sont élaborés afin de contribuer au développement d'actions de prévention adaptées : **11 fiches repères ont ainsi été publiées en 2009-2011 par l'INCa** (cancers professionnels, cancers professionnels et inégalités sociales, amiante et mésothéliome pleural malin, environnement et cancer, risques de cancers et pesticides, téléphone mobile, particules fines, perturbateurs endocriniens, substances chimiques, rayonnements UV, radon et cancer).

- **S'agissant des risques liés aux agents infectieux³⁰**, les actions se poursuivent pour la prévention des cancers liés aux HPV (papillomavirus humain), au VIH (virus d'immunodéficience humaine), aux virus des hépatites B et C ainsi qu'à la bactérie *Helicobacter pylori*.

Des actions d'information et de communication sur **la prévention du cancer du col de l'utérus** sont renouvelées chaque année depuis 2010. En 2011, la campagne d'information a été réalisée en juin sur la vaccination anti-HPV à destination des jeunes filles de 14 ans et de leurs parents et sur le frottis cervico-utérin pour les femmes de 25 à 65 ans. L'avis rendu le 21 octobre 2011 par le Haut Conseil de la santé publique, sur saisine du ministre chargé de la Santé, recommande de poursuivre la vaccination contre les papillomavirus humains³¹, tout en continuant le dépistage par frottis qu'elle ne remplace pas. Un nouveau module de formation pour les médecins généralistes et les sages-femmes a été mis en ligne par l'INCa sur la prévention et le dépistage des cancers du col de l'utérus (voir 2.4)

► **FAIT MARQUANT 2011** : Avis du Haut Conseil de la santé publique recommandant de poursuivre la vaccination contre les papillomavirus humains, tout en continuant le dépistage par frottis (avis du 21 octobre 2011).

Concernant les mesures du plan relatives aux **hépatites virales B et C**, la recommandation publiée en mai 2011 par la HAS devrait participer à l'amélioration du dépistage des personnes à risque d'infection chronique par les virus B et C. Les tests non invasifs d'évaluation de la fibrose hépatique pour les patients atteints d'hépatite C, inscrits à la nomenclature par arrêté paru au JO du 19 mai 2011, bénéficient désormais d'une prise en charge par l'Assurance maladie. L'AFSSAPS et la HAS ont été saisies en 2011 respectivement pour évaluer la performance des tests rapides d'orientation diagnostique (TROD) dans le dépistage de l'hépatite C et pour en définir la stratégie d'utilisation. Ces travaux devraient aboutir en 2012.

Les actions de prévention des risques de cancers chez les personnes vivant avec le VIH s'inscrivent dans le cadre des recommandations du rapport du Pr Yéni relatif à la prise en charge médicale des PVVIH, paru en septembre 2010. Une expérimentation de sevrage tabagique en établissements de soins a été soutenue en 2011, suite à l'appel à projets de santé publique lancé par l'INCa fin 2010. Des documents d'information à destination des patients et des professionnels de santé sur la prévention du cancer de l'anus sont en cours d'élaboration avec les sociétés savantes et des représentants de patients ; ils devraient être édités et diffusés courant 2012. La veille épidémiologique sur la survenue des cancers chez les personnes vivant avec le VIH se poursuit dans le cadre des cohortes hospitalières soutenues par la DGOS et l'Inserm (FHDH et cohorte Aquitaine).

Concernant le risque de cancer de l'estomac, l'année 2011 a été consacrée à l'élaboration de documents d'information pour inciter les médecins à mieux appliquer les recommandations relatives au dépistage de l'infection à *Helicobacter pylori* chez les personnes à risque de cancer de l'estomac. Ce projet repose sur une implication forte des sociétés savantes concernées et sur deux enquêtes de pratiques menées respectivement auprès des médecins généralistes et des gastroentérologues. La diffusion des documents est prévue en 2012 et doit notamment intégrer de prochaines recommandations françaises de traitement de l'infection par *Helicobacter pylori*.

³⁰ Voir partie II du rapport (fiche mesure 13)

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

2.4. Améliorer la participation de l'ensemble de la population aux dépistages organisés et faire progresser la détection précoce des cancers



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

Les programmes de dépistage organisé du cancer du sein et du cancer colorectal n'ont pas à ce jour atteint leur cible en matière de participation. Les taux nationaux de participation progressent peu depuis 2010 et il est nécessaire de poursuivre les campagnes d'information et de sensibilisation des populations cibles.

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

En 2011, à l'occasion du mois de mars dédié à la mobilisation contre le cancer colorectal, « **Mars bleu** », un dispositif d'information a été déployé visant à sensibiliser les hommes et les femmes de 50-74 ans à l'importance du dépistage de ce cancer. L'objectif principal était de favoriser le « passage à l'acte » des personnes en les incitant à parler du dépistage avec leur médecin traitant (campagne TV et radio, film pédagogique en ligne sur www.e-cancer.fr).

Le dispositif d'information et de communication « **Octobre rose** » 2011 pour le dépistage organisé du cancer du sein a visé à une prise de conscience dans l'opinion publique pour convaincre les femmes directement concernées, mais aussi mobiliser leur entourage pour encourager les femmes à réaliser les mammographies (relais sur les chaînes du groupe France Télévisions, par des spots TV tournés par des journalistes et animateurs ; opération sur la page Facebook et sur www.e-cancer.fr, sous la forme de la création du plus long ruban rose virtuel, symbole de la lutte contre le cancer du sein).

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

La participation aux dépistages organisés des cancers présente également des disparités territoriales et sociales. Une stratégie visant à corriger ces inégalités a été engagée, à travers des actions en direction de populations spécifiques et des professionnels de santé impliqués. Une démarche est également déployée en faveur de la détection précoce des cancers.

- Pour mieux repérer le sous-dépistage, des expérimentations de géocodage sont en cours, afin de mettre en place un système d'information géographique. Cette territorialisation des zones de sous-dépistage vise à développer des interventions adaptées à des échelons géographiques plus fins. Des travaux sont aussi soutenus pour mieux comprendre les déterminants de la participation aux dépistages afin d'adapter les interventions. Une étude est ainsi en cours depuis 2011 pour évaluer les freins à l'adhésion et à la fidélisation des dépistages organisés.
- **Dans l'objectif de réduire les inégalités sociales d'accès et de recours au dépistage des cancers³², des actions de proximité sont soutenues** sur appels à projets (INCa), pour développer des interventions de prévention primaire ou secondaire, ciblées notamment en direction des personnes les plus fragiles pour des raisons sociales, culturelles ou économiques. Ces actions peuvent aussi être soutenues dans le cadre de projets de recherche interventionnelle (voir 2.1). 6 nouveaux projets visant le développement de la cohérence territoriale, en adaptant les éléments d'information et en formant les personnes relais, ont été retenus en mai 2011. Les nouveaux appels à projets pour 2012 ont été lancés par l'INCa fin 2011.

³² Voir partie II du rapport (fiche mesure 14)

Des partenariats sont initiés au niveau national pour promouvoir les interventions de proximité en faveur du dépistage des cancers. Une collaboration avec l'Agence nationale pour la cohésion sociale et l'égalité des chances (ACSé) a été engagée pour le développement d'actions locales destinées aux populations des quartiers, notamment à travers les ateliers santé ville. Un autre partenariat se met en place entre la Fédération nationale des associations d'accueil et de réinsertion sociale (FNARS) et l'INCa, en faveur des personnes en situation d'exclusion. Des actions de proximité, destinées particulièrement aux femmes moins touchées par les campagnes de santé publique, ont été organisées en 2011 par les différents acteurs du dépistage notamment avec les caisses de la Mutualité sociale agricole, ainsi qu'avec les magasins de vêtements La Halle. De plus, dans le cadre des campagnes de mobilisation « Octobre rose » et « Mars bleu » 2011, des campagnes radio spécifiques en direction des femmes d'origine migrante sont réalisées en collaboration avec des stations radio de la diversité (Beur FM, Africa n°1, radio Orient).

Le plan d'actions pour la santé des personnes détenues³³, lancé en 2010, comporte des actions visant à améliorer le dépistage des cancers du sein, du col de l'utérus et colorectal pendant la détention. Un groupe de travail a été mobilisé, réunissant des représentants du ministère chargé de la Santé (DGS, DGOS), de l'administration pénitentiaire, de l'INCa, des ARS et des structures locales (UCSA, structures de gestion du dépistage), en vue d'une adaptation des protocoles existants aux personnes détenues.

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

- **Les professionnels de santé sont également sensibilisés au dépistage et à la détection précoce des cancers³⁴**, à travers les mesures conventionnelles et au moyen d'actions de sensibilisation, d'outils d'information et de modules de formation. Ainsi, les médecins traitants ont été incités à favoriser la participation au dépistage du cancer du sein parmi leur patientèle (femmes de 50 à 74 ans), à travers les contrats d'amélioration des pratiques : à la fin 2011, 38 % des médecins traitants ont signé un CAPI. La nouvelle convention médicale signée en 2011, qui prend effet au 1^{er} janvier 2012, prévoit de rémunérer pour les médecins généralistes et les gynécologues l'évolution vers l'objectif cible d'au moins 80% des femmes de 50 à 74 ans participant au dépistage organisé ou individuel. Par ailleurs, les médecins traitants ont été sensibilisés aux programmes de dépistage à travers les visites des délégués de l'Assurance maladie, ciblées notamment sur le dépistage du cancer colorectal (CNAMTS). En vue de renforcer l'implication des professionnels de santé, 4 projets d'action visant à mieux comprendre leurs motivations et identifier les leviers ont été soutenus en 2011 (INCa).

► **FAIT MARQUANT** : 45 000 médecins traitants sensibilisés au dépistage des cancers, notamment le dépistage organisé du cancer colorectal, par les délégués de l'Assurance maladie en 2010 et 2011.

Un nouveau module de formation en e-learning a été mis en ligne en 2011 sur **la détection précoce du cancer du col de l'utérus** pour les médecins généralistes et les sages-femmes (INCa). S'agissant des **cancers de la peau**, une journée nationale de dépistage du mélanome est organisée annuellement par le Syndicat national des dermato-vénérologues. Un outil multimédia de formation à la détection précoce des cancers de la peau pour les médecins généralistes, masseurs-kinésithérapeutes et infirmiers, mis en ligne en 2010, a été élargi en 2011 aux cancers cutanés d'origine professionnelle. Une fiche repères sur la détection précoce des cancers de la peau a été publiée par l'INCa en novembre 2011.

► **FAIT MARQUANT** : 3 modules de formation destinés aux professionnels de santé sur la détection précoce des cancers de la cavité buccale, de la peau et du col de l'utérus, en ligne sur www.e-cancer.fr (INCa).

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

³⁴ Voir partie II du rapport (fiche mesure 17)

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



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

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

- **Pour renforcer le pilotage du dispositif des programmes nationaux de dépistage, la Direction générale de la santé (DGS) a mis en place deux instances**, d'une part le comité stratégique national de dépistage des cancers, chargé de coordonner, piloter et suivre les orientations et axes stratégiques de la politique des dépistages, organisés ou non, d'autre part un groupe de liaison du dépistage des cancers, instance de concertation et d'échange entre les acteurs de terrain et les institutions. La première réunion du comité stratégique a eu lieu le 16 novembre 2011 et le groupe de liaison a été réuni le 21 novembre.

La rédaction du rapport d'analyse éthique du programme de dépistage organisé du cancer du sein en France est en cours de finalisation.

► **FAIT MARQUANT 2011** : Mise en place par la DGS du dispositif de pilotage national du dépistage des cancers.

- **L'harmonisation des pratiques entre les acteurs du dépistage** est soutenue à travers l'organisation de séminaires nationaux (DGS-CNAMTS-InVS-INCa), associant les structures de gestion et les agences régionales de santé, et par l'élaboration et la mise à disposition d'outils communs : un guide d'organisation et de procédures a été mis à disposition des centres de lecture des tests de recherche de sang dans les selles ; un guide juridique à destination des acteurs de terrain a été publié par l'INCa en septembre 2011. Les résultats de l'évaluation organisationnelle des structures de gestion du dépistage, menée par l'INCa, ont été communiqués à la DGS et la CNAMTS.
- **Pour améliorer le suivi du dépistage**, et dans la suite des travaux menés par l'InVS, des tableaux de bord d'indicateurs de pilotage pour le dépistage du cancer du sein et du cancer colorectal sont en cours de finalisation. Les besoins en matière de partage d'information des partenaires des programmes de dépistage sont analysés ; le système d'information existant devra être analysé pour identifier les évolutions nécessaires, impliquant notamment les logiciels métiers de structures de dépistage. Une enquête spécifique InVS-INCa a été menée en 2010 pour disposer des données d'activité de l'ensemble des structures de gestion pour le dépistage du cancer colorectal ; les résultats seront publiés en 2012.

► **FAIT MARQUANT 2011** : Publication du guide juridique à destination des acteurs du dépistage (DGS-INCa).

- **S'agissant de l'évolution des techniques de dépistage**, le rapport sur les conditions de substitution des tests au gâiac par les tests immunologiques pour le dépistage organisé du cancer colorectal, élaboré par l'INCa sur saisine du ministère chargé de la Santé, a été publié en novembre 2011. La première expérimentation française en population générale utilisant la recherche de l'ADN viral des HPV oncogènes a démarré en 2011 dans un département (Ardennes) ; une seconde expérimentation devrait être lancée (Meuse). Concernant le dépistage du cancer du sein, l'expérimentation prévue de la dématérialisation pour la transmission et l'archivage est reportée dans l'attente de la stabilisation du parc de mammographes numériques.

► **FAIT MARQUANT 2011** : Publication du rapport sur les modalités de migration vers les tests immunologiques pour le dépistage du cancer colorectal (INCa).

- Afin de permettre la définition de nouvelles stratégies de dépistage³⁵, plusieurs actions ont été engagées. **Le programme expérimental du dépistage du cancer du col de l'utérus**, soutenu par la DGS, la CNAMTS et l'INCa, se poursuit dans 13 sites. Les recommandations sur **le dépistage du cancer de la prostate chez les sujets à risques** sont en cours d'élaboration par la HAS et l'INCa, sur saisine du ministère chargé de la Santé ; la publication est prévue en 2012. Les recommandations sur **le dépistage du cancer du sein chez les femmes à haut risque** sont en cours d'élaboration (HAS) ; la diffusion est planifiée pour 2012.

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

Les objectifs du Plan cancer

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

Au-delà des soins, l'objectif fixé par le Plan cancer est d'améliorer la qualité de vie des personnes pendant le cancer et après la maladie, par une meilleure prise en compte de leurs besoins personnels, sociaux et professionnels.

Les actions réalisées ou engagées au 31 décembre 2011

3.1. Développer des parcours personnalisés en impliquant le médecin traitant



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

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

- **Nouvel outil de partage et d'échange d'informations, le dossier communicant de cancérologie (DCC)** est en cours de mise en place dans le cadre du déploiement du dossier médical partagé (DMP). Suite à la publication du cadre national du DCC par l'ASIP santé et l'INCa en 2010, la phase pilote de mise en œuvre a été lancée en 2011 dans 7 régions³⁶ pour tester les conditions de fonctionnement organisationnel et technique. Chaque projet est porté à la fois par le réseau régional de cancérologie et la maîtrise d'ouvrage régionale des systèmes d'information, avec le soutien de l'ARS. Ce dispositif facilitera la coordination des soins entre professionnels de santé, en particulier avec les médecins traitants, et permettra une meilleure continuité des prises en charge. Il donnera notamment accès au programme personnalisé de soins, aux comptes rendus d'anatomopathologie et opératoires, et à l'ensemble des documents utiles à la coordination des soins. Les travaux concernant le serveur national d'essais cliniques et le serveur de recommandations de bonnes pratiques cliniques se poursuivent. L'ensemble de ces expérimentations prépare la généralisation du DCC à partir de 2012.

³⁵ Voir partie II du rapport (fiches mesures 15 et 17)

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

- Afin d'associer le médecin traitant au parcours de soins des patients, **des guides par cancer explicitant les traitements et la prise en charge en ALD** sont élaborés par la HAS et l'INCa, avec l'objectif de couvrir les 25 localisations les plus fréquentes d'ici fin 2011. Une version de ces guides est déclinée pour les patients (voir 3.3). Ces guides décrivent la prise en charge standard des patients en ville et à l'hôpital et permettent aux médecins traitants de conforter leur fonction de proximité pendant et après les traitements. Ils intègrent à partir de juin 2011 les éléments de suivi post ALD (actes et examens nécessaires, rythme, recommandations de surveillance partagée)³⁷.
En décembre 2011, 21 guides sont publiés couvrant 23 localisations de cancer³⁸. Un programme d'implémentation des guides a été engagé au sein des bases de données médicaments utilisées par les médecins généralistes (Vidal, Claude Bernard, Thériaque, Thésorimed).

► **FAIT MARQUANT** : 21 guides ALD pour les médecins traitants publiés à la fin 2011, couvrant 23 localisations de cancer (HAS-INCa).

- L'expérimentation des **parcours personnalisés des patients pendant et après le cancer**, engagée en octobre 2010, a été mise en œuvre en 2011 sous le pilotage de la DGOS et l'INCa dans 35 sites pilotes, par des établissements de santé associés à des médecins traitants et des équipes soignantes de proximité, pour développer la mise en place de programmes personnalisés de prise en charge incluant la dimension sociale et l'après-cancer³⁹.
Le bilan à un an montre que l'expérimentation a bénéficié à plus de 9 200 patients, inclus soit au moment de la mise en place de leur traitement, soit en phase d'après-cancer. Près des deux tiers d'entre eux (64 %) ont été destinataires d'un programme personnalisé de soins (PPS). Un tiers d'entre eux (32 %) a par ailleurs bénéficié de la détection d'éléments de fragilité sociale et de la proposition de mesures spécifiques d'accompagnement social (voir 3.5).
Une évaluation approfondie du dispositif se met en place depuis septembre 2011, sous la surveillance d'un comité de suivi. Elle repose sur deux volets : un suivi détaillé de l'activité des équipes et des missions des infirmiers coordonnateurs et une évaluation externe de l'expérimentation. Cette dernière est menée sous forme d'enquêtes afin d'apprécier l'impact du dispositif sur les comportements et les organisations des professionnels hospitaliers et libéraux et sur les patients. Ses conclusions seront rendues au cours du premier trimestre 2012. L'ensemble de ces éléments d'évaluation permettront de proposer des recommandations pour le déploiement national du dispositif d'ici mi-2012.

► **FAIT MARQUANT 2011** : Expérimentation dans 35 sites pilotes de la mise en œuvre du programme personnalisé de soins (PPS), du programme personnalisé de l'après-cancer (PPAC) ainsi que du rôle des infirmiers coordonnateurs de soins (DGOS-INCa).

³⁷ Voir partie II du rapport (fiche mesure 25)

³⁸ Localisations couvertes par les guides ALD médecins traitants (HAS-INCa) : colorectal, prostate, mélanome cutané, poumon, mésothéliome, lymphomes malins non hodgkiniens, bouche-pharynx, larynx, sein, col de l'utérus, ovaire, thyroïde, vessie, rein, foie, pancréas, système nerveux central, testicule, leucémie lymphoïde chronique, estomac, œsophage.

³⁹ Voir partie II du rapport (fiche mesure 18)

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



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

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

- **Les 885 établissements de santé autorisés pour le traitement des cancers**⁴⁰ doivent remplir tous les critères attendus de sécurité et de qualité des prises en charges. La mise en conformité des établissements est en cours de finalisation, avec la réalisation des dernières visites de conformité fin 2011 par les agences régionales de santé. En fonction des résultats de ces contrôles, la fin du processus décisionnel des ARS interviendra au cours du second semestre 2012. Cette démarche de mise en conformité est appuyée sur un soutien financier conséquent aux établissements de santé : 28 millions d'euros ont été alloués en 2010 et 2011 en lien avec cet objectif. En outre, un accompagnement des établissements et des ARS, par la DGOS et l'INCa, a été mené durant cette période charnière, notamment à travers l'organisation régulière de réunions nationales d'échanges et la mise à disposition d'une grille d'auto évaluation (check-list).

▶ **FAIT MARQUANT** : Un financement de 28 millions d'euros alloué en 2010 et 2011 (LFSS) pour soutenir la démarche de mise en conformité des établissements de santé.

L'appartenance à un **réseau régional de cancérologie (RRC)** constitue l'une des conditions que doit satisfaire tout établissement de santé qui traite des malades atteints de cancer, dans le cadre du dispositif des autorisations. Chacune des régions françaises est couverte par un réseau régional. Conformément au processus de reconnaissance des RRC pour garantir la conformité aux critères correspondant aux objectifs du référentiel national de leurs missions, 23 réseaux régionaux ont fait l'objet d'une reconnaissance par l'INCa à la fin 2011 selon la procédure publiée. Les RRC répondent à une logique de coordination des opérateurs de santé à l'échelle régionale et d'amélioration continue des pratiques en cancérologie.

- Dans le cadre de la généralisation de l'accès aux mesures transversales et de l'amélioration de la qualité des prises en charge en cancérologie, plusieurs actions ont été menées en 2011, dont les résultats vont être publiés au premier trimestre 2012. C'est le cas notamment de l'étude **d'évaluation de l'impact du dispositif d'annonce par les malades**, portée conjointement par l'INCa et la Ligue nationale contre le cancer. Suite à la mise à disposition de l'ensemble des professionnels du **contenu minimum du programme personnalisé de soins (PPS)** en février 2011, le contenu minimum du programme personnalisé de l'après cancer (PPAC) a été finalisé. En outre, l'étude sur **les délais de prise en charge pour les cancers du sein et du poumon** est lancée depuis début mars 2011 dans 8 régions, portée par les réseaux régionaux de cancérologie en lien avec les observatoires régionaux de santé. Le suivi de cette étude pilotée par l'INCa est assuré par la FNORS⁴¹ ; les résultats seront présentés début 2012. La deuxième phase concernant la mesure des délais de prise en charge des cancers colorectaux et de la prostate démarrera courant 2012.

⁴⁰ La répartition des activités entre les 885 établissements de santé autorisés est la suivante : 770 établissements réalisent les interventions de chirurgie des cancers, 471 établissements assurent les traitements de chimiothérapie et 169 établissements, représentant 176 centres de radiothérapie, traitent par radiothérapie.

⁴¹ Fédération nationale des observatoires régionaux de santé

- Afin d'élaborer des référentiels spécifiques pour les **structures d'hospitalisation à domicile (HAD) réalisant des chimiothérapies**, un premier état des lieux a été réalisé à partir de l'analyse de l'activité 2009 des structures HAD, des travaux portés par un groupe de travail pluriprofessionnel et par des entretiens avec des professionnels de terrain. Ce travail a permis de mettre en exergue les pratiques de la chimiothérapie en HAD et les problématiques soulevées. Conformément au Plan cancer, un référentiel sera publié en 2012 (DGOS-INCa).
- **La qualité des prises en charge des malades est également soutenue par la production de guides et de recommandations.** Cinq recommandations nationales de prise en charge spécialisée ont été élaborées par l'INCa avec les sociétés savantes et publiées depuis 2009⁴². De plus, l'INCa et la HAS ont attribué un label méthodologique à 5 recommandations de sociétés savantes. Par ailleurs, des guides par cancer explicitant le parcours, du diagnostic au suivi, sont élaborés par la HAS et l'INCa pour les médecins traitants (voir 3.1).
- **Le soutien à la radiothérapie** vise à assurer la qualité et la sécurité des pratiques et à renforcer les moyens humains dans les centres (voir 1.3). Le rapport de l'Observatoire national de la radiothérapie, publié fin 2011, présente l'évolution 2007-2010 des équipements dédiés à la radiothérapie, de l'activité des centres et des ressources humaines travaillant dans cette discipline ; il dresse également un bilan des pratiques de prise en charge. Par ailleurs, un groupe de travail va être mis en place par l'INCa pour définir les conditions de fonctionnement des plateaux techniques en radiothérapie. La dernière réunion du comité national de suivi de la radiothérapie est prévue le 3 février 2012 ; un rapport présentant le bilan des mesures entreprises pour la radiothérapie sera réalisé.

► **FAIT MARQUANT 2011** : Publication du rapport de l'Observatoire national de la radiothérapie fin 2011.

- **Le soutien à la spécialité d'anatomopathologie** se traduit par un accompagnement de l'adaptation aux évolutions technologiques et scientifiques et de la mise en place de la démarche qualité, en complément des mesures relatives à la formation (voir 1.3). L'accompagnement de la discipline d'anatomocytopathologie s'est concrétisé en 2011 notamment par le soutien apporté au développement de l'activité des tumorothèques sanitaires. Ces banques de cellules et de tissus tumoraux constituent un outil capital pour assurer les examens moléculaires nécessaires à la mise en œuvre des thérapies ciblées. Pour en développer l'accès, l'INCa vient d'actualiser les indications de cryopréservation à visée sanitaire et la circulaire budgétaire de mi-campagne 2011 a alloué à ces structures un financement complémentaire de 750 000 euros. Ces moyens complètent les financements alloués en 2005 aux tumorothèques hospitalières pour la structuration des réseaux régionaux sanitaires.

► **FAIT MARQUANT 2011** : Le développement de l'activité des tumorothèques sanitaires est soutenu par l'allocation de moyens nouveaux destinés aux régions non couvertes (LFSS) et par l'actualisation des indications de cryopréservation à visée sanitaire (INCa).

⁴² Les recommandations nationales de prise en charge spécialisée concernent : les cancers du sein *in situ*, les cancers de l'ovaire, les cancers du poumon non à petites cellules, les cancers de l'endomètre et la chirurgie prophylactique dans la prise en charge des cancers avec prédisposition génétique (cancers du sein, de l'ovaire, de l'estomac, du côlon, du rectum et de la thyroïde).

Les recommandations de sociétés savantes concernent : les carcinomes épidermoïdes cutanés, des maladies trophoblastiques gestationnelles et des métastases hépatiques synchrones du cancer colorectal, les pratiques chirurgicales en cancérologie digestive et en cancérologie thoracique.

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



Mesure 21 Garantir un égal accès aux traitements et aux innovations

Mesure 23 Développer des prises en charge spécifiques

L'accès aux traitements innovants, en particulier les nouvelles thérapies ciblées, s'appuie sur la réalisation des tests de biologie moléculaire. Cet accès progresse fortement grâce aux référentiels de bon usage, publiés conjointement par l'AFSSAPS et l'INCa après avis de la HAS, et grâce au développement important de l'activité des plateformes de génétique moléculaire⁴³.

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

- **L'accès aux médicaments innovants en cancérologie**, inscrits sur la « liste en sus », implique une utilisation conforme aux référentiels de bon usage (RBU). Depuis 2010, 7 molécules ont été radiées de la liste en sus et 3 nouvelles molécules inscrites. Les référentiels de bon usage ont été publiés et actualisés conformément à la dynamique attendue ; mais leur actualisation est suspendue en attente de la publication des textes d'application de la loi du 29 décembre 2011 relative au renforcement de la sécurité sanitaire du médicament et des produits de santé.
- **Les tests moléculaires permettant la juste prescription des thérapies ciblées** augmentent de façon conséquente, traduisant leur accessibilité pour les malades. Ces tests visent, en identifiant d'éventuelles mutations génétiques dans les tumeurs, à déterminer la possibilité pour un malade d'accéder à une thérapie ciblée, *via* l'identification de marqueurs spécifiques (biomarqueurs), à affiner le diagnostic ou établir un pronostic. Ils sont réalisés par 28 plateformes hospitalières de génétique moléculaire des cancers, réparties sur l'ensemble du territoire et soutenues par le ministère chargé de la Santé (DGOS) et l'INCa pour permettre la réalisation de ces tests sans contrepartie financière. Cet effort a permis la réalisation de 75 000 tests en 2010 déterminant l'accès aux traitements ciblés et 61 000 patients se sont vu proposer une stratégie thérapeutique adaptée (42 800 patients en 2009 et 31 900 en 2008)⁴⁴.

Afin d'anticiper l'arrivée des nouvelles thérapies ciblées pour les rendre disponibles le plus rapidement possible, l'INCa a par ailleurs mis en place un programme de détection prospective de biomarqueurs émergents dans le cancer du poumon, le cancer colorectal et le mélanome.

La synthèse de l'activité globale 2010 des plateformes hospitalières de génétique moléculaire a été publiée par l'INCa fin 2011, complétée par un rapport relatif aux tests de génétique moléculaire déterminant l'accès aux thérapies ciblées. Un programme d'évaluation externe engagé en 2011, va permettre de s'assurer de la qualité de la réalisation de ces tests moléculaires.

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

- Afin d'anticiper l'augmentation des consultations et des tests d'oncogénétique, un nouveau soutien de 1 million d'euros est apporté en 2011 aux moyens du dispositif d'oncogénétique, complétant les financements accordés en 2009 et 2010. Cela porte à 5,4 millions d'euros le soutien total apporté aux laboratoires d'oncogénétique depuis le démarrage du Plan cancer. Le financement alloué fin 2011 cible plus particulièrement le test réalisé dans le cadre de la prédisposition au syndrome de Lynch.

► **FAIT MARQUANT** : Un financement total de 5,4 millions d'euros alloué en 2009-2011 pour soutenir les laboratoires d'oncogénétique.

⁴³ Voir partie II du rapport (fiche mesure 21)

⁴⁴ Tests KRAS (cancer colorectal), tests EGFR (cancer du poumon), tests BRAF V600E (mélanome)

- **Afin de faciliter l'accès au diagnostic et à la surveillance des cancers *via* l'imagerie, le Plan cancer fixe l'objectif d'accroître le parc d'IRM**, notamment dans les régions ayant la mortalité par cancers la plus élevée⁴⁵. Cet objectif a été intégré dans le guide des schémas régionaux de l'organisation des soins (SROS), qui définit les orientations pour l'élaboration par les ARS de leur schéma régional. Selon l'enquête annuelle réalisée par la DGOS, 33 IRM supplémentaires ont été installés en 2009 et 2010 dans les 10 régions ciblées (sur un objectif total de 88 nouveaux appareils d'ici 2013). Par ailleurs, les résultats de l'étude engagée par la DGOS, l'INCa et la Société française de radiologie pour apprécier les délais d'accès aux examens IRM pour des patients atteints de cancer (sein, utérus et prostate) sont attendus pour début 2012.
- Suite à l'appel à projets lancé en mars 2011 pour **soutenir l'installation d'équipements de radiothérapie peropératoire dans les cancers du sein**, huit centres de radiothérapie ont été retenus pour participer à ce projet qui durera 24 mois. L'objectif est d'accompagner la mise en œuvre et l'évaluation médico-économique de traitements comportant un nombre réduit de séances par rapport aux traitements standards, garantissant la même sécurité aux femmes traitées tout en apportant une meilleure qualité de vie.

► **FAIT MARQUANT 2011** : 8 projets retenus pour l'installation d'équipements de radiothérapie peropératoire dans les cancers du sein.

- **La prise en charge des enfants et adolescents atteints de cancer** s'appuie désormais sur 7 organisations interrégionales de recours (OIR), constituées progressivement en 2009 et 2010. La consolidation de ce dispositif s'est poursuivie en 2011, avec notamment le renforcement de l'activité d'anatomocytopathologie en Ile-de-France. Les 5 projets retenus pour expérimenter un programme personnalisé de l'après-cancer des patients traités dans l'enfance et l'adolescence ont démarré en septembre 2011. Un programme spécifique est par ailleurs engagé en faveur des adolescents et jeunes adultes atteints de cancer, *via* un appel à projets lancé par l'INCa (évaluation des projets en cours). Deux objectifs prioritaires ont été ciblés : renforcer le travail conjoint des pédiatres et de la médecine adulte autour de ces jeunes et améliorer la prise en compte de leurs préoccupations personnelles relatives aux effets secondaires des traitements, à la préservation de leur fertilité, à la poursuite de leurs études et à leur réinsertion professionnelle.

Plus de 15 000 unités de sang de cordon ont été inscrites au total sur le registre français de sang placentaire entre 2009 et novembre 2011, traduisant l'impact important de la structuration menée par l'agence de la biomédecine⁴⁶.

- **La prise en charge des patients adultes atteints de cancers rares bénéficie de la mise en place progressive de centres experts nationaux** travaillant en lien avec des centres experts régionaux et des réseaux d'expertise anatomopathologique. Après une première phase de mise en place, qui s'est traduite par le soutien de 15 centres experts nationaux de référence en 2009 et 2010, un nouvel appel à projets a été lancé en 2011. Il se traduit par la création de 2 centres experts nationaux supplémentaires, l'un pour les mésothéliomes pleuraux malins et l'autre pour les cancers viro-induits chez le transplanté, qui bénéficient d'un financement à hauteur de 433 350 euros (LFSS). Un appel à projets sera réitéré en 2012 pour permettre de finaliser ce dispositif qui répondra à terme à la prise en charge d'une vingtaine de types de tumeurs.

Un bilan d'activité des premiers centres experts identifiés en 2009 a été réalisé. Le suivi de cette organisation se poursuit, avec la programmation d'un audit en 2013 en vue d'une labellisation de l'ensemble des centres structurés. Par ailleurs, l'INCa participe aux travaux portant sur les soins, dans le cadre du Partenariat européen de lutte contre le cancer (EPAAC), visant notamment à l'harmonisation des recommandations dans les cancers rares au niveau européen (objectif 2).

► **FAIT MARQUANT 2011** : Création de 2 centres experts nationaux supplémentaires, ce qui va porter à 17 le nombre de cancers rares bénéficiant d'une organisation autour de centres experts.

⁴⁵ Voir partie II du rapport (fiche mesure 21).

⁴⁶ Voir partie II du rapport (fiche mesure 23).

- **L'organisation de la prise en charge des patients âgés atteints de cancer est en cours d'évolution, à travers le déploiement national des unités de coordination en oncogériatrie (UCOG)** avec les objectifs suivants : mieux adapter les traitements des patients âgés atteints de cancer par des décisions conjointes oncologues-gériatres, rendre cette prise en charge accessible à tous, contribuer au développement de la recherche, soutenir la formation et l'information en oncogériatrie. Sur appel à projets, 15 UCOG sont soutenues dans 10 régions dès 2011. De nouvelles unités seront identifiées en 2012.

► **FAIT MARQUANT 2011** : 15 unités de coordination en oncogériatrie (UCOG) soutenues en 2011 dans 10 régions.

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



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

Afin de permettre aux patients de devenir acteurs de leur prise en charge, le Plan cancer fixe l'objectif de leur rendre accessible une information de référence sur les cancers⁴⁷.

- **La plateforme d'information Cancer info**, développée par l'INCa et la Ligue nationale contre le cancer, a vocation à constituer un point de repère dans un environnement informationnel parfois confus et un outil au service de la relation médecin-patients. Cancer info a pour finalités d'améliorer la compréhension par les patients de leur maladie et de ses traitements et de contribuer ainsi à renforcer la qualité de leur prise en charge. La plateforme repose sur trois vecteurs d'accès : un site internet, une ligne téléphonique et des guides d'information. Elle a fait l'objet pour la première fois d'une campagne de communication en 2011, qui a eu pour effet d'accroître très significativement les sollicitations, notamment sur la rubrique internet (plus de 1 million de visites en 2011).

La collection des guides Cancer info été développée et compte aujourd'hui 25 références, dont 12 nouveaux guides publiés en 2010-2011 : par type de cancers, sur les traitements et sur la vie avec un cancer. Des dispositifs d'information des patients utilisant la plateforme Cancer info sont mis en place dans les établissements de santé (espaces Cancer Info). Le nombre de guides commandés en 2011 a été marqué par une progression de 30 % par rapport à 2010, qui traduit une forte demande.

► **FAIT MARQUANT** : Le nombre de sollicitations de la Plateforme Cancer Info a plus que doublé de 2010 à 2011, avec 1 439 428 sollicitations en 2011 (visites de la rubrique internet, guides commandés, appels reçus).

Des guides d'information ALD destinés aux patients sont publiés par la HAS et l'INCa. Nouvelle série déclinée des guides ALD destinés aux médecins traitants (voir 3.1), ces documents d'information sont remis aux patients par leur médecin traitant⁴⁸. Ils répondent à la volonté de promouvoir une information partagée entre les patients et leur médecin, sur la maladie, sa prise en charge et son suivi. 8 nouveaux guides destinés aux patients ont été publiés en 2011, ce qui porte à 19 le nombre total de ces guides. Ils concernent les localisations suivantes : colorectal, mélanome cutané, poumon, col de l'utérus, ovaire, sein, thyroïde, voies aérodigestives supérieures, prostate, vessie, rein, foie, pancréas, système nerveux central et lymphomes non hodgkiniens, endomètre, testicule, leucémie lymphoïde chronique, myélome multiple.

► **FAIT MARQUANT** : 19 guides ALD destinés aux patients, publiés à la fin 2011 (HAS-INCa).

⁴⁷ Voir partie II du rapport (fiche mesure 19).

⁴⁸ Voir partie II du rapport (fiche mesure 18).

3.5. Améliorer la vie pendant et après le cancer



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

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

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

L'estimation du nombre de personnes qui vivent après un cancer est une donnée importante pour mobiliser concrètement tous les acteurs de l'après-cancer. **La nouvelle campagne de communication sur l'image sociale des cancers**, lancée en mai 2011 par le ministère chargé de la Santé et l'INCa, vise à faire évoluer les représentations sur la maladie et les personnes touchées.

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

L'expérimentation des parcours personnalisés des patients pendant et après le cancer, conduite dans les 35 sites pilotes (voir 3.1), s'inscrit dans le cadre des deux priorités nouvelles fixées par le Plan cancer 2009-2013 : la personnalisation du parcours de soins et la vie après le cancer. En articulation avec la mise en œuvre du programme de soins facilité par les infirmiers coordonnateurs hospitaliers, deux autres actions sont réalisées : la mise en place du volet social dès l'annonce et l'expérimentation de la mise en place du programme personnalisé de l'après-cancer (PPAC). Le bilan réalisé à 12 mois du lancement de l'expérimentation montre que, parmi les 9 200 patients inclus, un tiers d'entre eux a bénéficié de la détection d'éléments de fragilité sociale et de la proposition de mesures spécifiques d'accompagnement social (32 %). L'évaluation engagée fin 2011 permettra de proposer des recommandations pour le déploiement national du parcours personnalisé pendant et après le cancer.

Le contenu minimum du programme personnalisé de l'après-cancer (PPAC) a été finalisé et sera publié début 2012 (INCa).

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

- La disponibilité des **hébergements à proximité des lieux de prise en charge médicale** est encouragée *via* un appel à projets lancé en avril 2011 par l'INCa, en liaison avec la Ligue nationale contre le cancer. 10 projets ont été retenus et un nouvel appel à projets est prévu en 2012. Ce type d'hébergement permet d'éviter une hospitalisation prolongée et favorise une réadaptation et un retour progressif à une vie familiale et sociale normale.

► **FAIT MARQUANT** : 10 projets retenus fin 2011 pour le développement d'hébergements à proximité des lieux de soins (INCa).

- **Pour améliorer l'accompagnement social des personnes atteintes de cancer**, une grille de détection précoce des fragilités sociales a été élaborée et mise à la disposition des professionnels début 2011 sur le site www.e-cancer.fr. Le guide Cancer Info des démarches sociales (voir 3.3), publié en 2009, a été actualisé ; sa publication est prévue début 2012. Un **annuaire de tous les professionnels du secteur social** sera mis à la disposition des personnes atteintes de cancer dans chaque département ; un modèle commun est en cours d'élaboration par la Ligue nationale contre le cancer⁴⁹.
- Les coopérations entre équipes de soins et maisons départementales des personnes handicapées (MDPH) ont été expérimentées en 2011 par la CNSA, en partenariat avec l'INCa, afin de **mieux prendre en compte les situations de handicap des personnes atteintes de cancer** en raison de la maladie ou des conséquences des traitements⁵⁰. Cette action spécifique, qui s'inscrit dans le cadre de l'expérimentation des parcours personnalisés pendant et après le cancer, a été conduite dans 8 départements. Le rapport final est en cours d'édition et sera publié en février 2012 ; il comporte des propositions de démarches et d'outils, issues de l'expérimentation, et destinées à l'ensemble des MDPH et des structures sanitaires prenant en charge des patients atteints de cancer.

► **FAIT MARQUANT 2011** : Expérimentations conduites dans 8 départements par les MDPH et les équipes sanitaires prenant en charge des patients atteints de cancer (piloteage CNSA-INCa).

- Le Plan cancer fixe pour objectif de **lever les obstacles à la réinsertion professionnelle des personnes atteintes de cancer**⁵¹. Les actions prévues sont engagées. Un état des lieux est en cours sur les difficultés spécifiques rencontrées par les personnes atteintes de cancer et sur les dispositifs mobilisables d'aide au maintien et au retour à l'emploi. Il doit permettre d'adapter les outils et supports d'information pour les patients, les professionnels et les employeurs. Par ailleurs, la coordination entre les acteurs est à soutenir afin de mieux préparer la reprise de l'activité professionnelle et renforcer l'accompagnement dans les entreprises. Ceci implique notamment une meilleure articulation entre équipes hospitalières, médecins spécialisés et traitants, médecins conseils et médecins du travail. Un nouvel appel à projets de recherche en sciences humaines et sociales sur la thématique « cancer et emploi » a été lancé en octobre 2011 par l'INCa.
- Pour améliorer l'accès aux assurances et au crédit des personnes présentant un risque aggravé de santé, **les actions progressent pour la réalisation des engagements pris par la nouvelle convention AERAS** signée le 1^{er} février 2011 par l'Etat, les associations et les fédérations des secteurs de la banque et de l'assurance. L'élargissement des conditions d'éligibilité au dispositif d'« écrêtement des surprimes » pour les emprunteurs à revenus modestes est à présent effectif. La nouvelle garantie invalidité, disponible depuis septembre 2011, devrait pouvoir concerner 70 % des assurés admis en 2^{ème} catégorie invalidité sécurité sociale, selon les résultats d'une étude DSS-CNAMTS. Le site internet AERAS a été actualisé fin 2011 pour une information adaptée du public. Enfin, la Commission des études et des recherches devra examiner les situations stabilisées ou consolidées pour dresser un diagnostic partagé par pathologie : un nouveau Président a été nommé et la première réunion est prévue le 18 janvier 2012. Dans ce cadre, l'INCa a été missionné par le ministre chargé de la Santé pour piloter un groupe d'experts consacré aux cancers, dont le programme de travail sera défini au regard des besoins à identifier par la Commission des études et des recherches.
- **L'Observatoire sociétal des cancers**, créé par la Ligue nationale contre le cancer, s'est fixé trois missions : observer les répercussions du cancer sur les plans social et sociétal, dénoncer les inégalités induites par la maladie, proposer des solutions pour corriger ces inégalités. Son premier rapport sera publié au premier trimestre 2012.

⁴⁹ Voir partie II du rapport (fiche mesure 26).

⁵⁰ Voir partie II du rapport (fiche mesure 27).

⁵¹ Voir partie II du rapport (fiche mesure 29).



Partie II

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

au 31 décembre 2011

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

Axe 1 : Recherche

Axe 2 : Observation

Axe 3 : Prévention et dépistage

Axe 4 : Soins

Axe 5 : Vivre pendant et après le cancer

- Exécution budgétaire détaillée

Indicateurs des 6 mesures "phare"

► Mesure 1 : Renforcer les moyens de la recherche pluridisciplinaire

Indicateurs de résultats	valeur active	date de valeur	valeur cible à 2013	Commentaire
Nombre de sites de recherche intégrée sur le cancer labellisés	2	31/12/2011	5	2 premiers SIRIC labellisés en juin 2011
Taux d'évolution du nombre d'inclusions dans les essais cliniques (par rapport à 2008)	57%	30/06/2011	50 %	21 750 patients inclus en 2008 34 067 patients inclus en 2010

► Mesure 3 : Caractériser les risques environnementaux et comportementaux

Indicateurs de résultats	valeur active	date de valeur	valeur cible à 2013	Commentaire
Part du budget de recherche sur les risques environnementaux et comportementaux	9 %	31/12/2011	15 %	27 projets retenus en 2011
Nombre de programmes de séquençage complet initiés par la France	3	31/12/2011	5	programmes cancer du foie, cancer du sein, cancer de la prostate

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

Indicateurs de résultats	valeur active	date de valeur	valeur cible à 2013	Commentaire
Nombre de publications du rapport « Situation du cancer en France »	3	31/12/2011	5	Rapport actualisé et publié chaque année depuis 2009
Nombre d'indicateurs produits et diffusés sur le Portail des données du cancer	320	31/12/2011	400	Ouverture du Portail le 17 octobre 2011 sur www.e-cancer.fr

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

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

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

Indicateurs de résultats	valeur active	date de valeur	valeur cible à 2013	Commentaire
Taux de diffusion du Programme Personnalisé de Soins	25 %	31/12/2011	80 %	données de remise du PPS issues des tableaux de bord des RRC au 31/12/2010

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

Indicateurs de résultats	valeur active	date de valeur	valeur cible à 2013	Commentaire
Taux de couverture du Programme personnalisé de l'Après Cancer (PPAC)	-	31/12/2011	50 %	déploiement à partir de 2012 à l'issue de l'expérimentation (30 % des patients ont reçu un PPAC dans les 35 sites pilotes)

Synthèse de l'exécution budgétaire du Plan

Le bilan de l'exécution budgétaire 2011 sera produit en mars 2012

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

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

Synthèse de l'exécution budgétaire 2010

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

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

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

1/4

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

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

2/4

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

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

3/4

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

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

4/4

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

Suivi des mesures du Plan Cancer 2009-2013

Axe 1 : RECHERCHE

(Fiches mesures 1 à 5)



Mesure 1 : Renforcer les moyens de la recherche pluridisciplinaire

Exécution budgétaire mesure 1 :

Financier	Budget total de la mesure	Réalisé 2009-2010	Taux d'exécution	Budget de la période 2009-2010	Taux d'exécution de la période
PLFSS (DGOS)	30 100 000 €	4 309 500 €	14,3 %	4 800 000 €	89,8 %
INCa	39 132 000 €	13 098 753 €	33,5 %	9 247 000 €	141,7 %
Total	69 232 000 €	17 408 253 €	25,1 %	14 047 000 €	123,9 %

Etat d'avancement des actions :

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

Commentaire Global sur la mesure 1 :

1.1 - Suite à la labellisation des 2 premiers SIRIC en juin 2011, un second appel à candidatures a été lancé (évaluation en mai 2012), ainsi que l'appel à projets 2012 de recherche translationnelle (57 lettres d'intention sélectionnées sur 163 soumises). Un nouvel appel à projets de recherche intégrée pour le cancer sur les disciplines physique, mathématiques et sciences de l'ingénieur a été piloté par l'Inserm en 2011 (17 projets financés) et reconduit pour 2012.

1.2 - L'appel 2012 pour la formation à la recherche translationnelle est piloté par l'Inserm (évaluation prévue en mai 2012).

1.3 - Suite au 1er appel à projets piloté par l'Inserm sur les modèles de tumeurs spontanées, 2 projets seront financés. Le second appel a été lancé en octobre 2011 et accompagné d'une conférence internationale organisée en novembre (INCa et ITMO cancer avec l'Institut cancer NCRI anglais).

Le suivi des 16 centres d'essais de phase précoce labellisés (CLIP) se poursuit.

1.4 - Deux essais cliniques de phase précoce en collaboration avec le NCI américain sont en cours. Suite au premier accord signé avec un laboratoire pharmaceutique mettant à disposition une molécule innovante, un appel à projets destiné aux CLIP a été lancé en novembre 2011 (INCa).

1.5 - Une collaboration Inserm Transfert-INCa est engagée pour une méthodologie de détection et d'accompagnement des projets à potentiel de valorisation économique, qui sera déployée en 2012 auprès d'autres structures de valorisation (notamment les SATT régionales, soutenues dans le cadre des Investissements d'avenir).

Indicateurs de réalisation de la mesure 1 :

Libellés indicateurs	Valeurs	Dates de valeurs	Commentaire
Nombre de nouveaux projets de recherche translationnelle financés (AAP)	12	11/04/2011	sélectivité de l'AAP 2011 = 10.2%
	16	28/05/2010	<i>projets retenus sur AAP 2010</i>
	24	29/05/2009	<i>projets retenus sur AAP 2009</i>
Nombre de nouveaux projets de recherche translationnelle soumis à l'AAP	163	20/10/2011	Projets soumis à l'AAP 2012
	118	08/03/2011	<i>projets soumis sur AAP 2011</i>
	83	29/05/2010	<i>projets soumis sur AAP 2010</i>
	146	29/05/2009	<i>projets soumis sur AAP 2009</i>
Nombre de sites de recherche intégrée labellisés (SIRIC) 2011	2	20/06/2011	Labellisation des 2 premiers SIRIC à l'issue de l'évaluation des projets soumis (12 candidatures)
	0	01/12/2010	<i>Publication du cahier des charges des SIRIC le 2 juillet 2010. Retour des candidatures le 10 décembre 2010. Evaluation en 2011.</i>



Mesure 2 :

Comprendre par la recherche les inégalités face au cancer pour les réduire

Exécution budgétaire mesure 2 :

Financier	Budget total de la mesure	Réalisé 2009-2010	Taux d'exécution	Budget de la période 2009-2010	Taux d'exécution de la période
INCa	9 511 000 €	2 012 555 €	21,2 %	1 390 000 €	144,8 %
Total	9 511 000 €	2 012 555 €	21,2 %	1 390 000 €	144,8 %

Etat d'avancement des actions :

<u>Etat d'avancement des actions :</u>		Etat courant	2010			2011				2012				2013			
			T2	T3	T4	T1	T2	T3	T4	T1	T2	T3	T4	T1	T2	T3	T4
2.1	Développer des AAP récurrents de recherche pour comprendre les déterminants des inégalités face au cancer et évaluer les actions de santé publique permettant de les réduire	planning respecté															
2.2	Mobiliser les canceropôles pour animer et dvlper des progr. de recherche sur les déterminants géograph. des inégalités avec les acteurs scientifiques, de santé publique et de santé.	planning respecté															

Commentaire Global sur la mesure 2 :

2.1- S'agissant de la recherche interventionnelle, 3 projets finaux ont été retenus après la réunion du comité d'évaluation en octobre 2011 sur les 8 projets en compétition (37 lettres d'intentions avaient été soumises à l'appel 2010, parmi lesquelles 9 ont été déclarées hors sujet ; sur les 11 retenues, 3 porteurs se sont désistés suite aux commentaires formulés lors du séminaire fermé et 8 ont donc déposé un projet finalisé).

La compréhension de ce qu'est la recherche interventionnelle progresse : pour le second appel à projet lancé en 2011, sur les 20 lettres d'intentions soumises à l'évaluation, 1 seule a été déclarée hors sujet et 7 d'entre elles ont été retenues pour la première phase. Elles présenteront les aménagements envisagés lors du séminaire du 13 janvier.

Le séminaire 2011 relatif aux inégalités face au cancer s'est tenu le 13 octobre sur le thème « Recherche interventionnelle visant à améliorer la santé de populations : mise en pratique et retour d'expériences pluridisciplinaires » ; il a regroupé environ 150 participants et a encore permis de nombreux échanges sur le concept de recherche interventionnelle et les axes de progrès à mettre en oeuvre.

2.2- La réunion des correspondants des canceropôles a été reportée à la mi-janvier 2012. Y sera abordée l'organisation mise en place pour faire émerger des projets d'envergure nationale entre les différents chercheurs des canceropôles.

Indicateurs de réalisation de la mesure 2 :

Libellés indicateurs	Valeurs	Dates de valeurs	Commentaire
Nombre annuel de projets de recherche sur les inégalités de santé reçus	50	10/11/2011	dont 21 à l'AAP Libre SHS-E-SP 25 à l'AAP Recherche interventionnelle 4 au PAIR VADS
	29	15/09/2010	dont 27 au PL SP 2010 et 2 au PAIR prostate
	26	29/04/2010	dont 24 PL SP10 et 2 PAIR Prostate
	8	31/12/2009	dont 5 EPI, 2 SHS et 1 PHRC
	12	31/12/2008	dont 6 en SHS et 1 en Epidémiologie, 3 au PHRC, 1 pour sur le lymphome, 1 avec la MILDT
Nombre de nouveaux projets de recherche financés sur les inégalités de santé	10	10/11/2011	dont 7 pour l'AAP libre SHS-E-SP 3 pour l'AAP Recherche interventionnelle 0 pour le PAIR VADS
	10	07/04/2011	10 projets retenus à l'Appel à projets libres en SHS épidémiologie et santé publique
	9	31/12/2010	9 projets retenus en 2010 : tous au PL SP
	4	31/12/2009	4 projets retenus en 2009 : 3 EPI et 1 SHS
	2	31/12/2008	dont 1 SHS et 1 avec la MILDT
Nombre d'équipes de recherche financées sur des projets inégalités de santé	41	10/11/2011	dont 27 équipes pour les 7 projets de l'AAP libre SHS-E-SP et 14 équipes pour les 3 projets de l'AAP RI
	29	07/04/2011	29 équipes différentes pour les 10 projets retenus
	15	15/09/2010	équipes différentes pour les 9 projets financés



Mesure 3 : Caractériser les risques environnementaux et comportementaux.

Exécution budgétaire mesure 3 :

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

Etat d'avancement des actions :

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

Commentaire Global sur la mesure 3 :

Les actions de la mesure 3 sont partagées entre l'INCa, l'ITMO cancer et l'IRESP.

3.1 et 3.2 - Le 1er appel à projets portant sur les bases clinico biologiques a été évalué en nov. 2011, 5 projets ont été retenus (13 soumis). Plusieurs projets non retenus ont été encouragés à se représenter en 2012 en répondant aux recommandations d'améliorations formulées par le comité d'évaluation.

3.3 - Le colloque international « Cancer et expositions environnementales » organisé par l'ANSES, AVIESAN et l'INCa a eu lieu le 12 décembre 2011 et a réuni plus de 350 participants.

3.4 - L'Inserm prépare le lancement d'un appel à projets sur cancers et risques environnementaux, prévu en janvier 2012.

3.5 - L'appel à projets lancé par l'IRESP pour un soutien d'analyses secondaires de données recueillies dans le cadre de grandes études épidémiologiques en cancérologie a conduit à la sélection de 8 projets (sur 22 soumis) dont le financement est assuré par l'Inserm. Par ailleurs, l'Institut Santé Publique de l'Inserm et l'IRESP ont été chargés par le Ministère de la recherche du suivi scientifique de l'ensemble des cohortes soutenues dans le cadre des dispositifs TGIR-Cohortes et Investissements d'avenir (16 cohortes au total). L'objectif est la mutualisation des bonnes pratiques et la mise à disposition des données collectées à la communauté scientifique de façon plus homogène (1ère réunion de coordination en oct. 2011).

3.6 - Le nouvel appel à projets de biologie des systèmes a été lancé début décembre 2011 par l'Inserm.

Indicateurs de réalisation de la mesure 3 :

Libellés indicateurs	Valeurs	Dates de valeurs	Commentaire
Nb nvx projets de recherche financés sur risques environnement et comportement	27	31/12/2011	27 projets retenus en 2011 (2 VADS, 1 PHRC, 9 SHS-E-SP, 1 RI, 9 ANSES, 3 CESA, 2 IReSP)
	18	31/12/2010	18 projets retenus en 2010
	11	31/12/2009	11 projets retenus en 2009 (3 PLEPI, 3 CHC, 3 MILDT, 2 buccal)
Nb projets de recherche reçus sur les risques environnement et comportement	123	31/12/2011	9 VADS, 6 PHRC, 23 SHS-E-SP, 7 RI, 58 ANSES, 14 CESA, 6 IReSP
	29	31/12/2010	15 SP, 8 PHRC, 3 BIO, 3 Prostate
	27	31/12/2009	9 PLEPI, 4 CHC, 4 PLBIO, 3 PHRC, 3 MILDT, 2 buccal, 1 SHS
Part du budget de recherche sur les risques environnementaux et comportementaux	9%	31/12/2011	7,13 M euros pour les 27 projets retenus en 2011 (sur total budgété pour la recherche sur le budget du Plan cancer en 2011 : 75,98 M euros)
	7%	31/12/2010	3,7 M euros pour les 18 projets retenus en 2010 (sur total budgété pour la recherche sur le budget du Plan cancer : 60,6 M euros)
	4%	31/12/2009	2,3 M euros pour les 11 projets retenus en 2009



Mesure 4 : Dynamiser la recherche clinique.

Exécution budgétaire mesure 4 :

Financier	Budget total de la mesure	Réalisé 2009-2010	Taux d'exécution	Budget de la période 2009-2010	Taux d'exécution de la période
PLFSS (DGOS)	97 243 000 €	38 584 700 €	39,7 %	34 661 000 €	111,3 %
INCa	4 225 000 €	1 190 855 €	28,2 %	1 309 000 €	91,0 %
Total	101 468 000 €	39 775 555 €	39,2 %	35 970 000 €	110,6 %

Etat d'avancement des actions :

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

Commentaire Global sur la mesure 4 :

4.1 et 4.2 - Les actions progressent selon les objectifs (cf. indicateurs).

4.3 - La LNCC a sollicité le soutien de l'INCa pour la relecture des protocoles par les comités de patients (retard).

4.4 - L'amélioration de l'information sur l'offre d'essais se poursuit à travers le registre en ligne (e-cancer.fr) : mise à disposition fin 2011 d'un accès direct aux derniers essais et du moteur de recherche multi-critères, développement en cours d'un accès direct pendant la RCP.

4.7 - Un effort particulier s'est porté en 2011 sur la mise en ligne d'une base de données des projets de recherche financés (site e-cancer.fr) et sur la préparation d'un webdocumentaire sur les avancées de la recherche sur le cancer (co-produit INCa-Inserm-ARC).

Indicateurs de réalisation de la mesure 4 :

Libellés indicateurs	Valeurs	Dates de valeurs	Commentaire
Nombre de nouveaux projets de recherche clinique financés	66	06/06/2011	62 PHRC 2011, 4 STIC, pour 23 Millions d'euros
	61	26/05/2010	57 PHRC, 4 STIC, pour 22 Millions d'euros
	56	31/12/2009	52 PHRC, 4 STIC pour 19,5 Millions euros
	55	31/12/2008	50 PHRC, 5 STIC, pour 17,9 Millions d'euros
Nombre de nouveaux projets de recherche clinique reçus	298	31/05/2011	280 lettres d'intention PHRC, 18 STIC
	244	28/05/2010	220 lettres d'intention PHRC, 24 STIC
	235	31/12/2009	210 lettres d'intention PHRC, 25 STIC
	200	31/12/2008	170 dossiers soumis PHRC, 30 STIC
programmes de coopération internationale en recherche clinique	2	08/12/2010	1 accord signé le 31/03/2010 avec le NCI/CTEP 1 accord signé avec la Fondation ARCAD le 27/05/2010
Taux de promoteurs ayant soumis leurs protoc. d'essais clin. aux comités patient	37%	31/05/2011	Nombre de promoteurs cible de l'enquête: 49 Nombre de promoteurs d'essais cliniques ayant soumis leurs protocoles à l'avis des comités des patients: 18
	37%	21/05/2010	Nb promoteurs cible de l'enquête : 49 Nombre de promoteurs d'essais cliniques ayant soumis leurs protocoles à l'avis des comités de patients : 18
Taux d'évolution du nombre d'inclusions dans les essais cliniques (p/2008)	57%	18/05/2011	Nb de patients inclus en 2010 : 34067 patients, nb de patients inclus en 2008 : 21745.
	29%	30/06/2010	Nb de patients inclus en 2009 : 28.200 (mise à jour au 30/6/2010) ; nb de patients inclus en 2008 : 21.751 - Taux d'augmentation : (28200-21751)/21751=29,7%
	27%	21/05/2010	enquête 2008 : 21.751 patients inclus enquête 2009 : 27.700 patients inclus



Mesure 5 : Faire de la France une référence internationale.

Exécution budgétaire mesure 5 :

Financier	Budget total de la mesure	Réalisé 2009-2010	Taux d'exécution	Budget de la période 2009-2010	Taux d'exécution de la période
INCa	152 855 000 €	45 277 855 €	29,6 %	59 497 000 €	76,1 %
Total	152 855 000 €	45 277 855 €	29,6 %	59 497 000 €	76,1 %

Etat d'avancement des actions :

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

Commentaire Global sur la mesure 5 :

5.1 - De nombreux échanges INCa-ANR et INCa-Inserm ont été réalisés pour la coordination et l'harmonisation des procédures (outil de gestion des appels à projets et suivi des projets, actions de communication, actions de programmation de la recherche...). Les programmes d'actions communs pour 2012 sont en préparation.

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

5.3 - La part des dépenses de la recherche réalisées en 2011 pour les projets libres sera déterminée après cloture des comptes.

5.4 - Les 2 premiers projets du programme ICGC pilotés par l'INCa sur le cancer du foie et le cancer du sein se poursuivent ; des résultats prometteurs feront l'objet de publications. L'Inserm pilote et finance le 3ème programme sur le cancer de la prostate.

5.5 - Un nouvel accord a été signé avec le Sénégal fin 2011. Une coopération avec la Côte d'Ivoire devrait également être initiée en 2012 et pourrait faire l'objet d'un partenariat renforcé avec l'AIEA.

5.6 - L'étude bibliométrique réalisée sur la période 2001-2009 montre que la visibilité de la France progresse de 23% dans le domaine du cancer, contre 12% dans l'ensemble du domaine biomédical (étude en cours de publication).

Indicateurs de réalisation de la mesure 5 :

Libellés indicateurs	Valeurs	Dates de valeurs	Commentaire
Nombre d'actions impliquant l'INCa dans des programmes de coopération	6	31/12/2011	Sénégal (2011-2014), AIEA (2011-2014), Mauritanie (2011-2014), Thaïlande IRD (2011-2013), IRD (2010-2013), INCTR (2010-2012)
	5	13/12/2011	AIEA (2011-2014), Mauritanie (2011-2014), Thaïlande IRD (2011-2013), IRD (2010-2013), INCTR (2010-2012)
	5	23/09/2011	AIEA (2011-2014), Mauritanie (2011-2014), Thaïlande (2011), IRD (2010-2013), INCTR (2010-2012)
	4	31/03/2011	IRD (2010 - 2013), INCTR (2010 - 2012), Thaïlande IRD (2011), Mauritanie (2011 - 2014)
	3	31/12/2010	Tunisie (19.10.09 - 18.01.2011) IRD (05.10.2010 - 2013) INCTR (27.08.2010 - 2012)
	1	01/06/2010	Tunisie : 19 octobre 2009 - 18 janvier 2011 (CHU Charles Nicolle)
Nombre de programmes de séquençage complet initiés par la France	3	15/12/2011	le 3ème programme est initié pour le cancer de la prostate
	2	26/05/2010	Les programmes cancer du foie et cancer du sein sont engagés. 7 couples ont été séquençés pour le cancer du foie et 9 couples pour le cancer du sein
Part du financement du Plan cancer consacré aux projets de recherche libres	65,92%	31/12/2010	La part de financement du Plan cancer consacre aux projets libres de recherche en 2010 est comparable à la part 2009 (68% en 2009, 65.92% en 2010) et en accord avec les objectifs du Plan cancer
	68%	31/12/2009	En 2009, 68% des financements de recherche ont été consacrés aux projets "libres" : biologie, SHS et épidémio., rech. clinique et translationnelle

Suivi des mesures du Plan Cancer 2009-2013

Axe 2 : OBSERVATION

(Fiches mesures 6 à 9)



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

Exécution budgétaire mesure 6 :

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

Etat d'avancement des actions :

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

Commentaire Global sur la mesure 6 :

6.1 et 2- Le rapport "Situation du cancer en France en 2011", comportant les données actualisées et un contenu enrichi, a été publié en octobre (INCa). L'ensemble des informations sur le cancer et la cancérologie est rendu accessible sur le Portail des données du cancer, ouvert au public en octobre 2011 (site e-cancer.fr).

6.3- Le baromètre cancers est en cours de finalisation ; la publication interviendra au 1er trim. 2012 (INPES). La synthèse de l'enquête barométrique "Médecins généralistes et dépistages des cancers" a été publiée en août 2011 ; la promotion du document a été faite lors des Journées nationales de médecine générale (6-8 oct. 2011).

6.4- Le nouveau rapport sur les métiers de la cancérologie est en cours de rédaction (ONDPS-INCa) ; sa publication est prévue début 2012. Une enquête a été publiée en octobre 2011 sur la mobilité, les choix d'installation et les modes d'exercice des jeunes spécialistes en exercice (oncologues médicaux, radiothérapeutes et pathologistes).

6.5- La préparation de l'enquête "Qualité de vie" progresse (pilote INCa-Assurance-maladie ; direction scientifique et opérationnelle confiée à une unité Inserm) ; la phase pilote (tester les questionnaires patients) a démarré en décembre 2011.

6.6- Les données d'incidence et de survie des cancers pédiatriques, incluant les leucémies ont été actualisées en 2011. Un groupe de travail va être mis en place portant sur l'information du public (INCa).

Indicateurs de réalisation de la mesure 6 :

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



Mesure 7 : Optimiser et développer le système de surveillance.

Exécution budgétaire mesure 7 :

Financier	Budget total de la mesure	Réalisé 2009-2010	Taux d'exécution	Budget de la période 2009-2010	Taux d'exécution de la période
INCa	19 453 000 €	7 721 772 €	39,7 %	6 754 000 €	114,3 %
InVS	20 568 000 €	5 920 043 €	28,8 %	7 000 000 €	84,6 %
Total	40 021 000 €	13 641 815 €	34,1 %	13 754 000 €	99,2 %

Etat d'avancement des actions :

<u>Etat d'avancement des actions :</u>		Etat courant	2010			2011				2012				2013			
			T2	T3	T4	T1	T2	T3	T4	T1	T2	T3	T4	T1	T2	T3	T4
7.1	Renforcer et rationaliser le dispositif des registres existants.	planning respecté															
7.2	Mettre en place un système multi-sources des cancers (SMSC).	planning respecté															

Commentaire Global sur la mesure 7 :

7.1- Le programme de travail partenarial 2011-2013 InVS-Francim-HCL-INCa, relatif à la surveillance des cancers à partir des registres, est en cours (accord-cadre signé le 27 mai 2011). Le conseil scientifique a été installé ; sa 1ère réunion s'est tenue en octobre et a validé la nouvelle méthode d'estimation de la survie (publication du rapport prévue en avril 2012). L'avancement des 27 actions du programme a été examiné par le comité de suivi le 14 décembre ; il est globalement satisfaisant.

7.2- Le rapport de l'étude pilote tri-sources du SMSC a été mis en ligne le 31 août 2011 sur le site de l'InVS. Lors de la réunion du comité de suivi des résultats préliminaires sur le système bi-source ont été présentés. Un premier rapport portant sur la production d'indicateurs de surveillance des cancers à partir du croisement des bases de données ALD et PMSI sur la période 2006-2008 sera publié début 2012. Ce rapport portera sur sept localisations de cancer « prioritaires » (sein, colon rectum, col de l'utérus, corps de l'utérus, rein, poumon et système nerveux central). Un deuxième rapport portant sur la validation des résultats est prévu pour mai 2012. Il comparera les niveaux de cas de cancer des indicateurs issus du croisement, avec les cas incidents dans les zones registres. Le projet fera l'objet d'une présentation au conseil scientifique de l'InVS en février 2012 dans le but de recueillir son avis sur l'aspect scientifique et méthodologique du croisement. L'utilisation à des niveaux géographiques régional et départemental est envisagée pour début 2013.

Indicateurs de réalisation de la mesure 7 :

Libellés indicateurs	Valeurs	Dates de valeurs	Commentaire
Gain temporel dans la publication des survies	0	15/06/2011	mesure prévue pour fin 2011
	0	01/12/2010	<i>mesure prévue pour 2011</i>
Nb de registres ayant réduit d'1 an le délai de publication des incidences	19	01/06/2011	19 registres (sur 26) ont réduit le délai d'une année (de n+4 à n+3)
Proportion de cancers couverts par le système bi-sources	28%	23/09/2011	7 localisations (sur 25 localisations les plus fréquentes) : sein, colon rectum, col de l'utérus, corps de l'utérus, rein, poumon, syst nerveux central



Mesure 8 : Développer l'épidémiologie sociale des cancers.

Exécution budgétaire mesure 8 :

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

Etat d'avancement des actions :

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

Commentaire Global sur la mesure 8 :

8.1- Suite à la saisine spécifique par la DGS du HCSP sur les indicateurs des inégalités de santé dans le domaine du cancer fin 2010, deux groupes de travail ont été mis en place : une note sur l'état des lieux des indicateurs des grandes enquêtes nationales a été finalisée fin 2011. Les groupes ont programmé des réunions complémentaires en 2012 et un sous-groupe plus spécifiquement en charge des indicateurs pertinents à insérer dans les systèmes d'information sanitaire a été constitué.

8.2- Des travaux relatifs à l'analyse des disparités socio-spatiales sont engagés. Un projet de recherche d'une équipe INSERM est soutenu sur le thème «changements socio-démographiques des lieux et redistribution spatiale des taux de mortalité par cancer et sur le poids des mutations socio-démographiques de chaque lieu dans l'évolution du niveau de mortalité par cancer ». Le 1er rapport intermédiaire sur l'avancement de l'étude a été remis début octobre 2011.

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

Indicateurs de réalisation de la mesure 8 :

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



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

Exécution budgétaire mesure 9 :

Financier	Budget total de la mesure	Réalisé 2009-2010	Taux d'exécution	Budget de la période 2009-2010	Taux d'exécution de la période
InVS	2 730 000 €	742 339 €	27,2 %	1 020 000 €	72,8 %
Total	2 730 000 €	742 339 €	27,2 %	1 020 000 €	72,8 %

Etat d'avancement des actions :

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

Commentaire Global sur la mesure 9 :

9.1- Les modalités de mise en place de la déclaration obligatoire du mésothéliome, pilotée par l'InVS, ont été finalisées en 2011. Suite à l'étude pilote de faisabilité menée dans 6 régions au 1er semestre (test des procédures, du formulaire de la DO et des circuits d'information), les recommandations pour le déploiement ont été acceptées par le HCSP (novembre 2011). Le déploiement va intervenir en 2012 suite à la publication du décret n°2012-47 du 16 janvier 2012 ajoutant le mésothéliome à la liste des maladies à déclaration obligatoire.

9.2- Les études de cohorte (InVS) se poursuivent, tant en population générale que dans le champ professionnel. Le rapport du pilote COSET MSA est en cours de finalisation. Une convention InVS-RSI a été conclue en 2011 pour la réalisation d'une étude pilote en sept.2012 (demande CNIL en cours).

9.3- Deux matrices emplois-exposition ont été élaborées en 2010-2011 (silice et amiante), complétant les 6 matrices publiées en 2009 ; la construction de nouvelles matrices est prévue d'ici 2013 (notamment fibres céramiques réfractaires, solvants oxygénés - sauf éthers de glycol, formaldéhyde, fluides de coupe, travail de nuit, poussières de bois, plomb, HAP). Un portail dédié à l'évaluation des expositions a été mis en place en 2011 (InVS).

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

Indicateurs de réalisation de la mesure 9 :

Libellés indicateurs	Valeurs	Dates de valeurs	Commentaire
Nombre de matrices emplois-expositions réalisées dans l'année	2	01/06/2011	Les matrices silice et amiante ont été actualisées
	2	01/12/2010	Une matrice silice et une matrice amiante viennent compléter les 5 matrices solvants chlorés et la matrice pesticides arsenicaux publiés en 2009
	6	01/06/2010	En 2009, publication de 5 matrices solvants chlorés (trichloréthylène, perchloréthylène, tétrachlorure de carbone, chlorure de méthylène, chloroforme) et d'une matrice pesticides arsenicaux (pgme Matphyto).
	0	28/05/2010	données non communiquées
Taux d'accroissement de la déclaration obligatoire de mésothéliomes	0%	01/12/2010	Déclaration obligatoire non encore en place A noter que le programme national de surveillance du mésothéliome a permis de recenser 2030 cas en 2006
	0%	01/01/2010	Déclaration obligatoire non encore en place A noter que le programme national de surveillance du mésothéliome a permis de recenser 2030 cas en 2006

Suivi des mesures du Plan Cancer 2009-2013

Axe 3 : PREVENTION ET DEPISTAGE

(Fiches mesures 10 à 17)



Mesure 10 : Poursuivre la lutte contre le tabac.

Exécution budgétaire mesure 10 :

Financier	Budget total de la mesure	Réalisé 2009-2010	Taux d'exécution	Budget de la période 2009-2010	Taux d'exécution de la période
PLFSS (FNPEIS)	171 400 000 €	32 277 607 €	18,8 %	42 000 000 €	76,9 %
DGS	8 000 €	8 000 €	100,0 %	8 000 €	100,0 %
INPES	49 900 000 €	17 074 305 €	34,2 %	19 960 000 €	85,5 %
Total	221 308 000 €	49 359 912 €	22,3 %	61 968 000 €	79,7 %

Etat d'avancement des actions :

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

Commentaire Global sur la mesure 10 :

10.1 - L'arrêté relatif aux avertissements graphiques sur les paquets de cigarettes et autres produits du tabac publié en avril 2010 est mis en oeuvre depuis le 21 avril 2011 pour les cigarettes et sera mis en oeuvre en avril 2012 pour les autres produits. L'action proposant de mettre fin par voie législative à la publicité sur les lieux de vente et lors des retransmissions des images de sports mécaniques à la télévision n'a pas été réalisée (retard).

10.2- Le triplement du forfait TSN pour les femmes enceintes a été mis en place en 2011, mais non étendu aux bénéficiaires de la CMU (retard). La note de cadrage « Aide à l'arrêt de l'usage de tabac » a reçu un avis favorable de la Commission de Recommandations des Bonnes Pratiques en déc. 2011 (HAS).

10.3- Une analyse des premiers résultats du baromètre santé 2010 a été diffusée (articles). Publication en octobre des résultats de la seconde vague d'ITC. Lancement en décembre de la vague 3 dont le terrain d'enquête est prévu en 2012.

10.4- Publication en nov. 2011 des études sur l'effectivité des mesures de la loi HPST : 62% des débitants ne respectent pas l'interdiction de vente de tabac aux mineurs. Le décret de 2009 sur les "cigarettes bonbons" est respecté. Une circulaire a été diffusée aux préfets et ARS pour renforcer le contrôle de l'application des dispositions prises suite à la loi HPST. Les travaux du groupe missionné par le Ministre de la santé en juillet 2011 pour formuler des propositions de lutte contre le tabac se poursuivent.

Indicateurs de réalisation de la mesure 10

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



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

Exécution budgétaire mesure 11 :

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

Etat d'avancement des actions :

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

Commentaire Global sur la mesure 11 :

11.1 à 4 : un outil est en cours d'élaboration pour l'information des élus sur le lien nutrition/activité physique et cancers (synthèse scientifique et sélection d'actions évaluées qui seront présentées dans un répertoire de modèles déclinables). Un guide pour la préparation à la retraite a été élaboré (INPES), sa diffusion est en cours. En 2011, 27 projets sur la nutrition ont été soutenus sur AAP (INCa).

11.6 : le dispositif téléphonique et internet "Alcool info service" sera évalué début 2012 (INPES). Le renforcement des moyens des CSAPA se poursuit progressivement (sans financement spécifique ONDAM dans le cadre du plan cancer).

11.5 et 7 : l'indication des quantités d'alcool sur les contenants des boissons est à l'étude. Les mesures prévues par la loi HPST pour limiter l'offre d'alcool ont été prises ; une étude sur le respect de l'interdiction de vente aux mineurs est prévue en 2012.

Indicateurs de réalisation de la mesure 11

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



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

Exécution budgétaire mesure 12 :

Financier	Budget total de la mesure	Réalisé 2009-2010	Taux d'exécution	Budget de la période 2009-2010	Taux d'exécution de la période
INCa	375 000 €	275 259 €	73,4 %	125 000 €	220,2 %
INPES	12 500 000 €	4 551 582 €	36,4 %	5 000 000 €	91,0 %
DGT	175 000 €	16 659 €	9,5 %	75 000 €	22,2 %
Total	13 050 000 €	4 843 500 €	37,1 %	5 200 000 €	93,1 %

Etat d'avancement des actions :

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

Commentaire Global sur la mesure 12 :

12.1 à 4- L'Inspection du Travail a mené une 3ème campagne de contrôles en 2011 (risques routiers - 2 campagnes en 2010 : radioprotection, risques chimiques). Les recommandations de bonne pratique élaborées par la SFMT sur la « surveillance médico-professionnelle des travailleurs exposés ou ayant été exposés à des agents cancérigènes : application aux cancérigènes de la vessie » ont obtenu, en décembre 2011, un avis favorable du Comité RBP de la HAS pour le label conjoint HAS-INCA (publication prévue au 1er sem. 2012).

12.5- Sur saisine du Ministère de la santé, l'INCa a remis en avril 2010 un rapport sur "les installations de bronzage UV : état des lieux des connaissances sur les risques de cancer et recommandations". Suite à une nouvelle saisine de la DGS, l'INCa a remis en juillet 2011, un rapport sur "UV (artificiels et solaires), vitamine D et cancers non cutanés" (rapport publié en novembre). Le Ministère chargé de la santé (DGS) a saisi la HAS pour évaluer la dangerosité de la pratique des UV en cabine ; ce sujet est inscrit au programme de travail HAS 2012.

12.6- Concernant le radon, la publication d'un décret d'application de la loi HPST encadrant les mesures, les diagnostics et les travaux, initialement prévue en 2011, est retardée à 2012. Un colloque sur le radon, co-organisé ARS Bretagne-DGS-INCa, est prévu à Rennes en mars 2012.

Indicateurs de réalisation de la mesure 12

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



Mesure 13 : Prévenir les cancers d'origine infectieuse.

Exécution budgétaire mesure 13 :

Financier	Budget total de la mesure	Réalisé 2009-2010	Taux d'exécution	Budget de la période 2009-2010	Taux d'exécution de la période
INCa	1 300 000 €		0,0 %	400 000 €	
Total	1 300 000 €		0,0 %	400 000 €	

Etat d'avancement des actions :

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

Commentaire Global sur la mesure 13 :

13.1 - Une campagne d'information a été réalisée en juin 2011 sur la vaccination anti-HPV à destination des jeunes filles et de leurs parents, et sur le frottis cervico-utérin pour les femmes de 25 à 65 ans.
La prise en charge des vaccins anti-HPV administrés dans les centres de vaccination par l'assurance maladie n'a pas été retenue au PLFSS 2012 (retard).

13.2 - Les tests non invasifs d'évaluation de la fibrose hépatique pour les patients atteints d'hépatite sont inscrits depuis 2011 à la nomenclature et bénéficient d'une prise en charge par l'assurance-maladie.

13.3 - Concernant la prévention du cancer de l'estomac, l'année 2011 a été consacrée à l'élaboration de documents d'information pour inciter les médecins à mieux appliquer les recommandations relatives au dépistage de l'infection à Helicobacter pylori. Ce projet repose sur une implication forte des sociétés savantes concernées et sur 2 enquêtes de pratiques auprès des médecins généralistes / des gastroentérologues. La diffusion des documents est prévue en 2012 et doit intégrer de nouvelles recommandations françaises de traitement de l'infection à Helicobacter pylori.

13.4 - La prévention des cancers chez les personnes vivant avec le VIH s'est traduite par le financement d'une expérimentation de sevrage tabagique en établissements de soin. Des documents d'information à destination des patients et des professionnels de santé sur la prévention du cancer de l'anus (recommandation d'un examen annuel de proctologie pour des populations infectées par le VIH à risque aggravé) sont en cours d'élaboration avec les sociétés savantes et des représentants de patients ; ils devraient être édités et diffusés courant 2012.

Indicateurs de réalisation de la mesure 13

Libellés indicateurs	Valeurs	Dates de valeurs	Commentaire
Taux de compliance au schéma vaccinal HPV des jeunes filles de 16 ans	77,40%	31/12/2010	
	75,30%	31/12/2009	
	76,80%	31/12/2008	<i>ce pourcentage n'intéresse que les jeunes filles du régime général</i>
Taux de couverture vaccinale HPV des jeunes filles de 16 ans	33,40%	31/12/2010	
	28,90%	31/12/2009	
	27,70%	31/12/2008	



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

Exécution budgétaire mesure 14 :

Financier	Budget total de la mesure	Réalisé 2009-2010	Taux d'exécution	Budget de la période 2009-2010	Taux d'exécution de la période
INCa	27 650 000 €	14 189 322 €	51,3 %	7 550 000 €	187,9 %
DGS	1 300 000 €	0 €	0,0 %	700 000 €	0,0 %
Total	28 950 000 €	14 189 322 €	49,0 %	8 250 000 €	172,0 %

Etat d'avancement des actions :

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

Commentaire Global sur la mesure 14 :

14.1- Une étude pour évaluer les freins et leviers à l'adhésion et à la fidélisation est lancée. La 1ère réunion du COPIL a eu lieu le 10 octobre 2011. La phase 2 est en cours.

14.2. Un séminaire « Recherche interventionnelle visant à améliorer la santé de populations : mise en pratique et retour d'expériences pluridisciplinaires », organisé par l'INCa, s'est tenu le 13 octobre 2011 et a regroupé plus de 150 participants (cf. action 2.1).

L'extension de l'expérimentation sur la faisabilité de la géolocalisation des données des programmes de dépistage a fait l'objet d'une discussion avec les structures de gestion volontaires lors d'une réunion organisée le 21 novembre 2011.

Concernant l'appel à projets aux actions de soutien à la politique de dépistage 2011 (INCa), 7 projets portent sur des actions de lutte contre les inégalités d'accès et de recours au dépistage pour un montant de 343 011 euros et 4 projets portent sur la mobilisation des professionnels de santé pour un montant de 299 638 euros.

La lutte contre les inégalités d'accès et de recours aux dépistages des cancers, ainsi que l'implication des médecins traitants et des professionnels de santé, sont inscrites en axe prioritaire dans le nouvel appel à projet publié en novembre 2011 (retours des projets attendus pour fin janvier 2012).

14.3- La HAS a été saisie par la DGS sur la problématique du maintien du double accès au dépistage du cancer du sein et un groupe de travail est mobilisé sur cette thématique.

Indicateurs de réalisation de la mesure 14

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



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

Exécution budgétaire mesure 15 :

Financier	Budget total de la mesure	Réalisé 2009-2010	Taux d'exécution	Budget de la période 2009-2010	Taux d'exécution de la période
PLFSS (FNPEIS)	366 000 000 €	137 832 774 €	37,7 %	138 000 000 €	99,9 %
INCa	1 105 000 €	545 534 €	49,4 %	510 000 €	107,0 %
DGS	202 000 000 €	76 470 000 €	37,9 %	76 000 000 €	100,6 %
Total	569 105 000 €	214 848 308 €	37,8 %	214 510 000 €	100,2 %

Etat d'avancement des actions :

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

Commentaire Global sur la mesure 15 :

Les actions de la mesure 15 se poursuivent, afin d'améliorer les programmes de dépistage organisé (cancers du sein et colorectal), notamment en termes de qualité et d'efficacité.

15.1- Le rapport de la HAS "La participation au dépistage du cancer du sein chez les femmes de 50 à 74 ans en France : Situation actuelle et perspectives d'évolution" est finalisé (publication en cours).

Pour renforcer le pilotage du dispositif des programmes nationaux de dépistage, la DGS a mis en place 2 instances : le comité stratégique national de dépistage des cancers, chargé de coordonner, piloter et suivre les orientations et axes stratégiques de la politique des dépistages, organisés ou non et un groupe de liaison du dépistage des cancers, instance de concertation et d'échange entre les acteurs de terrain et les institutions. La première réunion du comité stratégique a eu lieu le 16 novembre 2011 et le groupe de liaison a été réuni le 21 novembre.

- Suite à la validation de la DGS, le guide de recommandations juridiques a été publié sur le site de l'INCa en sept. 2011.

- Les travaux d'actualisation du guide DGS/INCa d'organisation et de procédures pour la lecture des tests au gâi ac ont débuté avec les biologistes des centres de lecture.

- Les résultats de l'évaluation organisationnelle des structures de gestion du dépistage menée par l'INCa ont été communiqués à la DGS et la CNAMTS ; un appel d'offre est en cours de préparation pour réaliser l'analyse des supports d'encadrement des programmes.

15.2 - Une première version des tableaux de bord a été produite. Ce travail de modélisation et de définition des indicateurs est en cours de finalisation suite aux discussions avec le groupe d'experts.

La mise à disposition des données consolidées de participation par l'InVS a été améliorée. Le taux de participation 2010 au dépistage du cancer du sein est en légère baisse, en raison notamment à la prise en compte de nouvelles données INSEE (cf. indicateurs). Pour le cancer colo-rectal, une enquête conjointe InVS/INCa a été menée en 2010 afin de disposer des données d'activité sur l'ensemble des structures de gestion, depuis le lancement de la campagne de dépistage (rapport prévu pour 2012).

Indicateurs de réalisation de la mesure 15

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



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

Exécution budgétaire mesure 16 :

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

Etat d'avancement des actions :

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

Commentaire Global sur la mesure 16 :

16.2- La pertinence de la tranche d'âge du DO cancer du sein fera l'objet d'études spécifiques. Une analyse des données de l'observatoire de sénologie est en cours afin d'estimer les taux de dépistage individuel par département et connaître les pratiques des femmes de 40-49 ans et > 74 ans. Suite à la relance de l'appel d'offre portant sur l'analyse médico-économique des programmes de dépistage organisé des cancers, le choix du prestataire est en cours (à actualiser').

16.3- Le rapport sur les modalités de migration vers les tests immunologiques, validé par un groupe d'experts, a été finalisé et la synthèse publiée par l'INCa fin novembre 2011. Les travaux d'élaboration d'un guide d'organisation et de procédures pour la lecture des tests immunologiques ont débuté (2 réunion avec les biologistes des sites expérimentaux en juin et octobre 2011).

16.4- L'AAP sur la dématérialisation lancé en 2010 (INCa) est suspendu : attente stabilisation du parc d'appareils numériques.

16.5 et 6 - cancer col utérus : le programme expérimental se poursuit dans les 13 sites et va être prolongé d'1 an dans certains départements (évaluation prévue en 2013 par l'InVS).

Indicateurs de réalisation de la mesure 16

Libellés indicateurs	Valeurs	Dates de valeurs	Commentaire
Nombre de dépts utilisant le test immunologique dans le DO cancer colorectal	4	30/05/2011	Un quatrième département expérimentateur : Côte d'or
	3	30/11/2010	3 départements expérimentent le test immunologique : Calvados, Cher, Allier
	0	31/12/2009	
Nombre de genotypages HPV effectués par le CNR	1 280	29/11/2010	collecte en cours dans 3 sites (Auvergne, Alsace, Centre)
	300	15/09/2010	génotypages réalisés dans les sites pilotes pour le dépistage du cancer du col de l'utérus
	0	28/05/2010	contacts en cours entre CNR et cabinets de pathologie (Alsace, Auvergne)
Part des médecins traitants ayant signé les CAPI	38%	31/12/2011	T3
	36%	31/03/2011	T2 : année 2010
	30%	21/05/2010	T1 : année 2009

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

Financier	Budget total de la mesure	Réalisé 2009-2010	Taux d'exécution	Budget de la période 2009-2010	Taux d'exécution de la période
INCa	11 126 000 €	2 912 862 €	26,2 %	3 927 000 €	74,2 %
Total	11 126 000 €	2 912 862 €	26,2 %	3 927 000 €	74,2 %

Etat d'avancement des actions :

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

Commentaire Global sur la mesure 17 :

17.1- Les recommandations sur le dépistage du cancer de la prostate chez les sujets à risques sont en cours d'élaboration par la HAS et l'INCa, sur saisine de la DGS (3 axes de travail : information aux hommes sur le rapport bénéfices/risques du dépistage et des traitements ; identification des sujets à risques élevés et stratégie de dépistage adaptée ; dépistage pour les hommes à risques moyens).

17.2- Une étude de faisabilité sur le suivi des stades au diagnostic des cancers de la peau a été finalisée et est en cours de publication (InVS). Le rapport HAS-INCa sur l'impact du parcours de soins sur le diagnostic du mélanome est validé par l'INCa et sera publié dès passage au Collège de la HAS.

La journée nationale 2011 de dépistage du mélanome organisée par le SNDV a eu lieu le 19 mai. Cette journée annuelle est soutenue par le Ministère de la santé et l'INCa, qui réalise son évaluation.

Le module de formation multimédia sur la détection précoce des cancers de la peau mis en ligne en juin 2010 a intégré d'autres contenus notamment sur les cancers cutanés d'origine professionnelle (mise en ligne en octobre 2011). Les partenariats se poursuivent et des documents d'information à l'attention des professionnels de santé (médecins généralistes, kinésithérapeutes, infirmières et pédicures podologues) sont en cours de diffusion ou de rédaction. Une fiche repère sur la détection précoce des cancers de la peau a été publiée en novembre 2011.

17.3- Cancers de la cavité buccale : dans le cadre de l'appel à projet 2011, 2 projets concernant la détection des cancers VADS sont retenus pour un montant total de 200.120 euros (INCa).

Indicateurs de réalisation de la mesure 17

Libellés indicateurs	Valeurs	Dates de valeurs	Commentaire
Nombre de recommandations publiées pour le dépistage du cancer prostate	0	10/12/2010	publication des 1ères recommandations prévue en 2011 (HAS)
	0	10/12/2009	T0 : lancement du groupe de réflexion sur les recommandations le 10/12/2009
Part des mélanomes diagnostiqués avec indice de Breslow 1,2 ou 3	0%	29/04/2010	T0 : présentation des 1ers résultats du rapport sur l'étude permettant la mise en place de cet indicateur

Suivi des mesures du Plan Cancer 2009-2013

Axe 4 : SOINS

(Fiches mesures 18 à 24)



Mesure 18 : Personnaliser la prise en charge des malades

Exécution budgétaire mesure 18 :

Financier	Budget total de la mesure	Réalisé 2009-2010	Taux d'exécution	Budget de la période 2009-2010	Taux d'exécution de la période
PLFSS (DGOS)	15 000 000 €	0 €	0,0 %	0 €	#DIV/0
INCa	11 970 000 €	3 774 775 €	31,5 %	3 050 000 €	123,8 %
Total	26 970 000 €	3 774 775 €	14,0 %	3 050 000 €	123,8 %

Etat d'avancement des actions :

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

Commentaire Global sur la mesure 18 :

18.1- L'expérimentation des parcours personnalisés des patients dans les 35 sites est en phase d'évaluation depuis septembre 2011 (pilotage DGOS-INCa). Le bilan à 12 mois montre une inclusion de 9.200 patients, dont 2/3 ont disposé d'un Programme Personnalisé de Soins (PPS). Une évaluation approfondie est engagée sous l'égide d'un comité de suivi, reposant sur 2 volets (enquêtes activités/missions des infirmiers coordonnateurs ; évaluation externe), qui permettront de proposer d'ici mi 2012 des recommandations de déploiement national.

18.2- Vingt et un guides ALD (HAS-INCa) décrivent la prise en charge standard des patients en ville et à l'hôpital et permettent aux médecins traitants de conforter leur fonction de proximité pendant et après les traitements. Ces guides intègrent depuis juin 2011 les éléments de suivi post ALD (cf.mesure 25).

18.3- Le partage des données médicales se développe dans le cadre conjoint du DCC/DMP (ASIP santé-INCa). Après la publication du cadre national fin 2010, la phase pilote de mise en oeuvre se poursuit dans 7 régions. Chaque projet est porté conjointement par le Réseau Régional de Cancérologie (RRC) et la maîtrise d'ouvrage régionale des systèmes d'information, avec le soutien des ARS concernées. Les travaux concernant la mise à disposition de serveurs nationaux pour les essais cliniques et les recommandations de bonnes pratiques cliniques se poursuivent. L'ensemble de ces expérimentations préparent la généralisation du service DCC à partir de 2012.

Indicateurs de réalisation de la mesure 18

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



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

Exécution budgétaire mesure 19 :

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

Etat d'avancement des actions :

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

Commentaire Global sur la mesure 19 :

19.1 et 2- Un bilan global de la mise en oeuvre du dispositif donnera lieu à un rapport en 2012. Une étude d'évaluation de l'impact du dispositif d'annonce par les malades a été lancée en janvier 2011, s'inscrivant dans les travaux sur l'annonce du cancer portés conjointement par l'INCa et la Ligue (la publication des résultats, prévue fin 2011, est reportée début 2012). Le contenu minimum du programme personnalisé de soins (PPS) est mis à disposition des professionnels depuis février 2011.

19.3- Le dispositif des autorisations de traitement du cancer est en cours de finalisation par les ARS, qui ont réalisé en 2011 les visites de conformité dans les 885 établissements autorisés. Un accompagnement des établissements par les ARS, l'INCa et la DGOS a été mis en place durant cette période charnière (réunions nationales d'échanges, outil collaboratif en ligne). Un système de géolocalisation en lien avec la cartographie interactive permet de situer très facilement les établissements autorisés (mise en ligne sur le site INCa en sept.2011). Préparation de la version 2013 des critères d'agrément : des critères de qualité pour la prise en charge des cancers de l'ovaire sont en cours d'élaboration. Un 1er état des lieux des structures HAD réalisant des chimiothérapies est réalisé (référentiel prévu en 2012).

19.4- L'étude sur les délais de prise en charge cancers du sein et du poumon a été menée dans 8 régions (portée par les RRC avec les ORS- pilotage INCa avec la FNORS) ; la publication des résultats est reportée au 1er trim 2012. La 2ème phase concernant les cancers colorectaux et de la prostate démarrera en 2012 après validation de la méthodologie.

19.5- La plateforme Cancer info confirme sa montée en puissance : le nombre annuel de sollicitations a doublé de 2010 à 2011 (cf. indicateurs).

Indicateurs de réalisation de la mesure 19

Libellés indicateurs	Valeurs	Dates de valeurs	Commentaire
nombre de guides ALD par localisation de cancer destinés aux patients	19	31/12/2011	19 guides publiés
	15	01/06/2011	15 guides publiés (sur un objectif de 24)
	11	31/12/2010	11 guides publiés (sur un objectif de 24)
nombre de sollicitations annuelles de la plateforme cancer Info	1439 428	31/12/2011	données pour l'année 2011 (344.046 guides commandés + 1.081.752 visites de la rubrique internet + 13.630 appels reçus)
	638 208	01/03/2011	valeur définitive pour l'année 2010 (266.064 guides commandés + 359.567 visites de la rubrique internet + 12.577 appels reçus)
	94 860	31/12/2009	données de l'année 2009 (68.460 guides commandés + 10.957 visites de la rubrique internet + 15.443 appels reçus). Mise en service de la rubrique internet mi-novembre 2009.
Taux de patients ayant bénéficié du dispositif d'annonce dans les établissements	62%	31/12/2010	source : synthèse des tableaux de bord des RRC 2010
	56%	31/12/2009	source : synthèse des tableaux de bord des RRC 2009
	34%	31/12/2008	T0 2008 Antérieur à la mise en place du dispositif d'autorisation des établissements



Mesure 20 : Soutenir la spécialité d'anatomopathologie.

Exécution budgétaire mesure 20 :

Financier	Budget total de la mesure	Réalisé 2009-2010	Taux d'exécution	Budget de la période 2009-2010	Taux d'exécution de la période
PLFSS (DGOS)	45 500 000 €	0 €	0,0 %	0 €	#DIV/0
INCa	6 300 000 €	3 168 538 €	50,3 %	4 000 000 €	79,2 %
Total	51 800 000 €	3 168 538 €	6,1 %	4 000 000 €	79,2 %

Etat d'avancement des actions :

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

Commentaire Global sur la mesure 20 :

Un groupe de travail relatif à l'anatomopathologie a été mis en place début 2011 par le Ministère de la santé, afin d'établir un état des lieux de l'ACP exposant les difficultés de la spécialité et fournir des préconisations et des propositions d'actions pouvant répondre aux différentes problématiques identifiées (rapport attendu pour le 1er trim. 2012).

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

20.2- Un soutien particulier a été apporté au développement des tumorothèques sanitaires, pour assurer les examens moléculaires nécessaires aux thérapies ciblées (cf.action 21.2). Pour en développer l'accès, l'INCa vient d'actualiser les indications de cryopréservation à visée sanitaire et la circulaire budgétaire de mi campagne 2011 a alloué à ces structures un financement complémentaire de 750 000 euros.

20.3- Le programme de double lecture des cancers rares et des lymphomes est effectif depuis début 2010. Un suivi de cette activité est effectué afin d'accompagner la phase de montée en charge et optimiser cette organisation, en lien avec la structuration de la prise en charge des cancers rares (cf.indicateurs).

Indicateurs de réalisation de la mesure 20

Libellés indicateurs	Valeurs	Dates de valeurs	Commentaire
Effectif moyen en pathologistes des structures ACP	3	31/12/2009	1639 pathologistes exercent dans 462 structures ACP publiques et privées - source : CNOM et AFAQAP
Taux de double lecture des nouveaux cas de lymphomes et cancers rares	75%	31/12/2011	donnees publiees dans le bilan 2010 de la double lecture : 13446 patients ont bénéficié d'une double lecture pour une incidence globale estimée entre 16000 et 18000 nouveaux cas par an.
	51%	16/12/2010	programme opérationnel depuis mars 2010 (sarcomes : 2.815 / 4.000 nvs cas, lymphomes : 4.200 / 11.000 ; mésothéliomes : 928 / 1.000 ; tumeurs neuroendocrines : 941 / 1.300 estimés)
	0%	01/01/2009	mise en place effective de la double lecture à partir de 2010
Taux de transmission des comptes rendus ACP dans le DCC	0	09/12/2010	adaptation en cours des logiciels de système de gestion de laboratoire ACP
	0	01/01/2010	comptes rendus ACP en cours de structuration (ASIP)
	0	31/12/2009	non disponible



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

Exécution budgétaire mesure 21 :

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

Etat d'avancement des actions :

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

Commentaire Global sur la mesure 21 :

21.1 - L'accès aux traitements innovants progresse selon les objectifs du Plan : depuis 2010, 7 molécules ont été radiées de la liste en sus et 3 nouvelles molécules inscrites. L'actualisation des référentiels de bon usage est suspendue en attente des textes d'application de la nouvelle loi "médicament".

21.2- Les tests moléculaires, permettant la juste prescription des thérapies ciblées, sont en forte progression (cf. indicateurs). La mise en place d'un programme pour la détection prospective des biomarqueurs émergents permet d'anticiper l'arrivée de nouvelles thérapies ciblées et de les rendre disponibles le plus rapidement possible. Un programme d'évaluation externe de la qualité est en préparation (démarrage début 2012).

21.3- 8 projets ont été retenus en 2011 pour l'installation d'équipements de radiothérapie peropératoire dans les cancers du sein. Le lancement d'un nouvel AAP pour les approches chirurgicales innovantes est reporté compte tenu des mesures à mettre en place au regard des impacts organisationnels et financiers des expérimentations.

21.4- Les résultats de l'étude sur les délais d'accès aux examens IRM (cancers sein, utérus et prostate) sont attendus pour début 2012. Selon l'enquête annuelle réalisée par la DGOS, 33 IRM supplémentaires ont été installés en 2009 et 2010 dans les 10 régions ciblées (sur un objectif de 88 d'ici 2013).

21.5 - Un projet de chimio-vigilance est à l'étude par les CLIP (cf.action 1.3).

Indicateurs de réalisation de la mesure 21

Libellés indicateurs	Valeurs	Dates de valeurs	Commentaire
Evolution des IRM installées dans les 10 régions ciblées	183	01/12/2011	15 IRM supplémentaires installées en 2010 dans les 10 régions ciblées
	168	01/01/2010	18 IRM supplémentaires installées en 2009 dans les 10 régions ciblées
	150	01/01/2009	150 IRM installées dans les 10 régions ciblées 88 IRM supplémentaires sont nécessaires pour atteindre l'objectif de 12IRM par habitants dans ces 10 régions
Nb molécules anticancéreuses sorties de la liste en sus	7	01/03/2011	2 molécules supplémentaires sorties au 1/3/2011, qui s'ajoutent aux 5 molécules radiées en 2010
	5	06/12/2010	prévision au 31/12/2010:5 molécules sorties
	0	31/12/2009	
	0	31/12/2008	
Nb nouvelles molécules anticancéreuses intégrées dans la liste en sus	2	01/03/2011	
	1	31/12/2010	
	2	31/12/2009	
	4	31/12/2008	
Nb patients bénéficiant d'un test pour les indications de thérapie ciblée	61 058	31/12/2011	tests réalisés en 2010 par les plateformes
	42 874	31/12/2010	tests réalisés en 2009 par les plateformes
	31 965	31/12/2009	tests réalisés en 2008 par les plateformes en oncologie et hématologie



Mesure 22 : Soutenir la radiothérapie.

Exécution budgétaire mesure 22 :

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

Etat d'avancement des actions :

<u>Etat d'avancement des actions :</u>		Etat courant	2010			2011			2012				2013				
			T2	T3	T4	T1	T2	T3	T4	T1	T2	T3	T4	T1	T2	T3	T4
22.1	Soutenir la qualité et la sécurité des pratiques dans les centres de radiothérapie autorisés.	planning respecté															
22.2	Renforcer les moyens humains dans les centres de radiothérapie.	planning respecté															
22.3	Actualiser les recommandations de bonnes pratiques concernant les techniques de traitement en radiothérapie et leurs indications.	planning respecté															

Commentaire Global sur la mesure 22 :

22.1- Le recueil de données de l'Observatoire s'est achevé fin juin 2011 ; le rapport est en cours de finalisation pour une publication début 2012. Un groupe de travail va être mis en place par l'INCa pour définir les conditions de fonctionnement des plateaux techniques en radiothérapie.

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

22.3 - A la demande de la DGOS et de la CNAMTS, la HAS a intégré à son programme de travail 2012 la demande d'actualisation de certaines indications pour la radiothérapie de haute technicité (stéréotaxie EC et RCMI).

La dernière réunion du comité national de suivi de la radiothérapie est prévue le 3 février 2012 ; un rapport présentant le bilan des mesures entreprises pour la radiothérapie sera réalisé.

Indicateurs de réalisation de la mesure 22

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



Mesure 23 : Développer des prises en charge spécifiques

Exécution budgétaire mesure 23 :

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

Etat d'avancement des actions :

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

Commentaire Global sur la mesure 23 :

23.1 - 15 groupes de cancers rares sont structurés autour de centres experts, dont l'activité fait l'objet d'un suivi par l'INCa (rapport 2010 publié fin 2011). 2 centres experts supplémentaires vont être soutenus et un appel à projets sera réitéré en 2012 pour finaliser ce dispositif qui répondra à terme à la prise en charge d'une vingtaine de types de tumeurs.

23.2 - 5 projets de constitution de bases clinico-biologiques ont été retenus par l'INCa sur l'appel à projets lancé en 2011 (sur 18 projets soumis).

23.3 - Afin d'anticiper l'extension prévisible des consultations et tests d'oncogénétique, un nouveau soutien d'1 M euros est apporté en 2011 aux laboratoires d'oncogénétique (5,4 M euros au total depuis 2009).

23.4 - Sur appel à projets visant au déploiement national des unités de coordination en oncogériatrie, 15 UCOG sont soutenues dès 2011 dans 10 régions (missions : adaptation des traitements par décisions conjointes oncologues-gériatres, développement de la recherche, formation et information en oncogériatrie). De nouvelles unités seront identifiées en 2012.

23.5 - L'appel à projets DGOS-INCa pour le soutien de projets intégrés et novateurs en faveur des adolescents et jeunes adultes a été lancé en juillet 2011 ; l'évaluation des projets est en cours. Les 5 projets sélectionnés pour expérimenter un programme personnalisé de l'après-cancer des patients traités dans l'enfance et l'adolescence ont démarré en sept. 2011. L'augmentation du nombre d'unités de sang placentaire collectées se poursuit (cf.indicateurs).

Indicateurs de réalisation de la mesure 23

Libellés indicateurs	Valeurs	Dates de valeurs	Commentaire
Nombre de cancers rares bénéficiant d'une organisation autour de centres experts	15	10/12/2010	
	8	29/05/2009	T0 2009
Nombre de régions disposant d'une unité de coordination en oncogériatrie	10	31/12/2011	15 UCOG couvrent 10 régions : Alsace, Aquitaine, Bourgogne, Ile-de-France, Languedoc-Roussillon, Midi-Pyrénées, Nord-Pas-de-Calais, Poitou-Charentes, PACA, Rhône-Alpes
Nombre d'unités de conservation de sang de cordon	15 278	30/11/2011	le réseau de collecte de sang de cordon à visée allogénique s'est élargi avec des maternités supplémentaires engagées (60 maternités au total).
	10 599	30/11/2010	8 banques en activité fin 2010 avec 34 maternités associées au réseau français de sang placentaire
	8 501	01/01/2010	
	7 051	01/01/2009	nombre d'unités de sang placentaire inscrites sur le registre France greffe de moelle



Mesure 24 : Répondre aux défis démographiques des professions

Exécution budgétaire mesure 24 :

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

Etat d'avancement des actions :

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

Commentaire Global sur la mesure 24 :

24.1- Les mesures prévues pour l'augmentation des médecins en cancérologie progressent. Tous les postes d'internes offerts ont été pourvus (arrêté du 31/7/2011) : 116 postes en oncologie, soit 24 postes supplémentaires par rapport à 2010, et 61 en anatomopathologie, soit 8 postes supplémentaires. De plus, 14 postes d'assistants spécialistes ont été affectés en 2011 dans les régions en difficulté démographique pour répondre aux inégalités régionales actuelles (13 postes financés en 2010). Toutefois, s'agissant des postes hospitalo-universitaires titulaires (PUPH-MCUPH), on observe une stabilité des effectifs en cancérologie entre 2009 et 2010 et une diminution des postes en anatomocytopathologie entre 2008 et 2009 (effectifs 2010 non publiés). Les postes de CCA pour 2010 n'ont pas encore été publiés (MESR). Une enquête a été publiée fin 2011 sur la mobilité, les choix d'installation et les modes d'exercice des jeunes oncologues et pathologistes (ONDPS-INCa).

24.2 - La démarche de soutien aux coopérations hospitalières par la création de postes partagés a été reportée à 2012 afin de disposer d'un état précis des besoins des régions et des projets de coopération existants.

24.3- Un 3ème master sur la coordination infirmière des parcours de soins doit se mettre en place à Toulouse (cycle 2011-2012). Un DU de macroscopie des pièces opératoire en anatomie, créé fin 2010, s'adresse aux techniciens d'anatomopathologie.

Indicateurs de réalisation de la mesure 24

Libellés indicateurs	Valeurs	Dates de valeurs	Commentaire
taux de progression annuelle des CCA en anatomocytopathologie	- 27%	30/06/2010	pourcentage décroissant de CCA en ACP constatés entre le 1/1/2008 et le 1/1/2009
taux de progression annuelle des CCA en oncologie et radiothérapie	16%	30/06/2010	progression des CCA en oncologie médicale et en radiothérapie constatés entre le 1/1/2008 et le 1/1/2009
taux de progression annuelle des internes en anatomocytopathologie	70%	19/05/2011	progression entre 2008 et 2010 du nombre d'internes inscrits en 4 ^e année en ACP
	48%	01/01/2010	<i>progression entre 2008 et 2009 du nombre d'internes inscrits en 4^e année en ACP</i>
taux de progression annuelle des internes en oncologie et radiothérapie	2%	19/05/2011	progression entre 2008 et 2010 du nombre d'internes inscrits en 4 ^e année en oncologie médicale et en radiothérapie.
	10%	01/01/2010	<i>progression entre 2008 et 2009 du nombre d'internes inscrits en 4^e année en oncologie médical et en radiothérapie</i>
taux de progression annuelle des PUPH-MCUPH en anatomocytopathologie	- 6%	01/01/2010	diminution des effectifs de PUPH et MCUPH en ACP entre 2008 et 2009
taux de progression annuelle des PUPH-MCUPH en Hématologie	- 3%	01/01/2010	Diminution des effectifs de PUPH et MCUPH en Hématologie entre 2008 et 2009
taux de progression annuelle des PUPH-MCUPH en oncologie et radiothérapie	1%	31/12/2011	stabilité des effectifs de PUPH et MCUPH entre 2009 et 2010
	- 3%	01/01/2010	<i>diminution des effectifs de PUPH et MCUPH entre 2008 et 2009</i>

Suivi des mesures du Plan Cancer 2009-2013

Axe 5 : VIVRE PENDANT ET APRES UN CANCER

(Fiches mesures 25 à 30)



Mesure 25 : Développer une prise en charge sociale personnalisée

Exécution budgétaire mesure 25 :

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

Etat d'avancement des actions :

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

Commentaire Global sur la mesure 25 :

25.1 à 3- Un volet social a été intégré dans le PPS avec l'aide des représentants de patients. L'accompagnement après cancer et la prise en charge sociale ont été expérimentés dans le cadre des parcours personnalisés (cf. action 18.1). Le contenu minimum du PPAC a été défini et testé par les sites pilotes (publication en cours) ; parmi les 2.800 patients en phase d'après cancer, 31% ont reçu un PPAC (bilan à 12 mois). Une situation de fragilité sociale a été détectée chez 32% des patients dont 2/3 ont nécessité la mise en place d'actions par le service social (cf. action 26.2).

25.4- La réglementation est mise en oeuvre pour permettre que le non renouvellement de l'ALD ouvre la possibilité d'une admission dans un dispositif d'exonération du ticket modérateur au titre du suivi post ALD sur demande du médecin traitant (décrets du 19/01/2011 et circulaire d'application). Ce dispositif s'appuie sur des référentiels de suivi, intégrés dans les guides ALD par cancer produits par la HAS et l'INCa, décrivant les bonnes pratiques de suivi (actes et examens nécessaires, rythme, recommandations de surveillance partagée). A la fin 2011, 13 référentiels de suivi sont disponibles en ligne (cf. indicateurs).

25.5- La prise en charge des implants supports de prothèses dentaires est en attente de décision de l'UNCAM (retard).

Indicateurs de réalisation de la mesure 25

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



Mesure 26 : Se doter des moyens et outils nécessaires pour l'accomp. social personnalisé

Exécution budgétaire mesure 26 :

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

Etat d'avancement des actions :

		Etat courant	2010			2011				2012				2013			
			T2	T3	T4	T1	T2	T3	T4	T1	T2	T3	T4	T1	T2	T3	T4
26.1	Encourager le développement des hébergements et appartements thérapeutiques à proximité des lieux de prise en charge médicale.	planning respecté	/														
26.2	Élaborer et mettre en place un référentiel national de détection de la fragilité sociale et de la précarité.	achevée															
26.3	Elaborer avec les services des départements des modalités permettant d'activer sans délai les financements prévus pour le maintien à domicile ou la compensation du handicap	retard majeur	/	/	/												
26.4	Réaliser un annuaire départemental de tous les professionnels du secteur social concerné auxquels le patient pourra recourir pendant et après le cancer.	planning respecté	/	/													

Commentaire Global sur la mesure 26 :

26.1- Concernant le soutien aux hébergements de proximité, suite à l'appel à projets lancé en mars 2011 par l'INCa, 10 projets ont été retenus (sur 20 déposés) et vont être financés. Le lancement d'un nouvel AAP est prévu en mars 2012.

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

26.3- Les modalités de réalisation de l'action destinée à activer les dispositifs prévus pour l'accompagnement social des personnes atteints de cancer restent à définir avec les départements, notamment pour faciliter le retour à domicile après hospitalisation (retard).

26.4 - L'élaboration de l'annuaire départemental des professionnels du secteur social, pilotée par la Ligue nationale contre le cancer, est en cours : maquette en construction par un groupe de travail (26 départements impliqués) et conception d'un outil informatique. Une phase d'expérimentation sera lancée au 1er semestre 2012 dans plusieurs départements après appel à candidatures.

Indicateurs de réalisation de la mesure 26

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



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

Exécution budgétaire mesure 27 :

Financier	Budget total de la mesure	Réalisé 2009-2010	Taux d'exécution	Budget de la période 2009-2010	Taux d'exécution de la période
CNSA	6 400 000 €		0,0 %	0 €	
Total	6 400 000 €		0,0 %	0 €	

Etat d'avancement des actions :

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

Commentaire Global sur la mesure 27 :

27.1- L'action pilotée par la CNSA en partenariat avec l'INCa, a été conduite en 2011 dans 8 départements par les maisons départementales des personnes handicapées (MDPH) et des équipes de prise en charge de patients atteints de cancer. Elle a eu pour objet d'explorer les pratiques de coopération entre MDPH et équipes sanitaires, à partir de situations individuelles. L'action s'est inscrite dans le cadre de l'expérimentation des «parcours personnalisés des patients» (cf. mesures 18, 25 et 26). Les résultats sont présentés dans le rapport final (publication prévue en février 2012) :

- La synthèse des situations individuelles incluses, permettant d'illustrer les types de besoins des personnes et les demandes adressées aux MDPH ;
- Le bilan qualitatif des difficultés rencontrées et des solutions mises en 'uvre par les professionnels ;
- Des propositions de démarches et d'outils, issues de l'expérimentation, et destinées à l'ensemble des MDPH et des structures sanitaires prenant en charge des patients atteints de cancer, pour une meilleure prise en compte des conséquences de la maladie et des traitements.

27.2- La CNSA a contribué à l'actualisation du guide Cancer Info "démarches sociales et cancer", par la refonte de la rubrique consacrée aux MDPH (publication prévue début 2012).

Indicateurs de réalisation de la mesure 27

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



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

Exécution budgétaire mesure 28 :

Financier	Budget total de la mesure	Réalisé 2009-2010	Taux d'exécution	Budget de la période 2009-2010	Taux d'exécution de la période
INCa	8 000 000 €			800 000 €	
Total	8 000 000 €			800 000 €	

Etat d'avancement des actions :

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

Commentaire Global sur la mesure 28 :

Les actions progressent pour la réalisation des engagements pris par la nouvelle convention AERAS signée le 1er février 2011 par les ministres concernés (économie et finances, cohésion sociale, santé), les associations et les fédérations des secteurs de la banque et de l'assurance :

- L'élargissement des conditions d'éligibilité au dispositif d' « écrêtement des surprimes » pour les emprunteurs à revenus modestes est effectif à partir de septembre 2011 ;
 - La nouvelle garantie invalidité disponible depuis septembre devrait pouvoir concerner 70% des assurés admis en 2ème catégorie invalidité sécurité sociale, selon les résultats d'une étude DSS-CNAMTS (oct.2011) ;
 - le site internet AERAS a été actualisé fin 2011 pour une information adaptée du public ;
 - Un nouveau Président a été nommé pour la Commission des Etudes et des Recherches, qui devra examiner les situations stabilisées ou consolidées pour dresser un diagnostic partagé par pathologie. La 1ère réunion est prévue le 18 janvier 2012 (secrétariat général assuré par la DGS).
- Dans ce cadre, l'INCa a été missionné par le Ministre chargé de la santé pour piloter un groupe d'experts consacré aux cancers, dont le programme de travail sera défini au regard des besoins à identifier par la Commission des Etudes et des Recherches.

Indicateurs de réalisation de la mesure 28

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



Mesure 29 :

Lever les obstacles à la réinsertion professionnelle des pers. atteintes

Exécution budgétaire mesure 29 :

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

Etat d'avancement des actions :

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

Commentaire Global sur la mesure 29 :

Les travaux se poursuivent pour la mise en oeuvre de la mesure 29, par un groupe de travail, animé par la DGEFP en lien avec l'INCa, constitué avec les directions d'administration centrale concernées (DGT, DSS, DGS, DGCS), la CNAMTS, l'AGEFIPH, le FIPH, la CNSA, Pôle Emploi, les associations d'usagers et de malades (Ligue, CISS). Sont également associés aux travaux en tant que de besoin des chercheurs et des acteurs de terrain (services de santé au travail, CARSAT).

29.1- L'état des lieux des dispositifs existants et des obstacles rencontrés par les personnes touchées par le cancer dans le maintien / retour à l'emploi est en cours d'élaboration (rapport prévu au 1er trim 2012).

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

29.3- Plusieurs actions sont lancées afin de mieux préparer la reprise du travail pour les personnes atteintes de cancer et l'accompagnement dans les entreprises :

- Le volet social du programme personnalisé de soins publié en 2010 intègre la dimension de l'emploi ; elle est également inscrite dans le programme personnalisé de l'après cancer (cf. action 25.3).

- Un appel à projets de recherche a été lancé par l'INCa en octobre 2011 sur la thématique "cancer et emploi" (retour des projets attendu en janvier 2012).

- La sensibilisation à la thématique santé-travail dans les entreprises va être soutenue à l'aide d'outils pédagogiques adaptés (DGT / réseau francophone de formation en santé au travail).

Indicateurs de réalisation de la mesure 29

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



Mesure 30 : Créer un Observatoire sociétal des cancers.

Financier	Budget total de la mesure	Réalisé 2009-2010	Taux d'exécution	Budget de la période 2009-2010	Taux d'exécution de la période
Total					

Etat d'avancement des actions :

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

Commentaire Global sur la mesure 30 :

L'Observatoire sociétal des cancers, créé sous l'égide de la Ligue nationale contre le cancer, s'est fixé 3 grandes missions :

- Observer les répercussions du cancer sur les plans social et sociétal ;
- Dénoncer les inégalités induites par la maladie cancéreuse ;
- Proposer des solutions pour corriger ces inégalités.

L'ouverture de l'Observatoire à d'autres partenaires se concrétisera avec la constitution et la réunion d'un comité de pilotage pluridisciplinaire.

Conformément aux objectifs du Plan cancer 2009-2013, le premier rapport annuel de l'Observatoire sociétal du cancer est en cours d'élaboration et sera publié début 2012. Il permettra à la Ligue de lancer la réflexion sur les deux thèmes suivants :

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

L'Observatoire s'attachera à mieux comprendre ce moment charnière dans la vie du malade, où le cancer l'oblige à s'éloigner un temps du monde du travail ou à aménager son activité professionnelle.

L'évolution de l'attitude des employeurs dont les salariés peuvent être atteints d'un cancer sera également étudiée, grâce au renouvellement de l'enquête auprès des chefs d'entreprise (lancée en juin 2011), réalisée par la Ligue à l'occasion de la convention de novembre 2008.

Le Comité Ethique et Cancer sera saisi en septembre 2011 pour émettre un avis sur une problématique particulière de ce thème.

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

Ces aides (aides ménagères, aide aux repas, garde d'enfants) sont peu développées et très disparates d'un département à l'autre.

Le recueil des données est en cours, notamment auprès des commissions d'aide sociale des Comités de la Ligue et au travers des dispositifs mis en place pour améliorer la qualité de vie au domicile de ces patients.

Indicateurs de réalisation de la mesure 30

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

Exécution budgétaire détaillée

Budget de l'Axe Recherche

			2009	2010	2011	2012	2013	Total
1-1	PLFSS (DGOS)	Budgété	1 600 000 €	3 200 000 €	6 300 000 €	8 600 000 €	10 400 000 €	30 100 000 €
		Réalisé	1 625 600 €	2 683 900 €				4 309 500 €
	INCa	Budgété	1 869 000 €	4 204 000 €	6 635 000 €	8 500 000 €	9 000 000 €	30 208 000 €
		Réalisé	2 618 177 €	4 149 188 €				6 767 365 €
1-2	INCa	Budgété	1 483 000 €	1 541 000 €	1 500 000 €	1 500 000 €	1 500 000 €	7 524 000 €
		Réalisé	856 172 €	934 929 €				1 791 101 €
1-3	INCa	Budgété	0 €	150 000 €	300 000 €	450 000 €	500 000 €	1 400 000 €
		Réalisé	704 287 €	3 836 000 €		0 €		4 540 287 €
2-1	INCa	Budgété	419 000 €	971 000 €	1 821 000 €	2 800 000 €	3 500 000 €	9 511 000 €
		Réalisé	841 189 €	1 171 366 €				2 012 555 €
3-1	INCa	Budgété	579 000 €	1 421 000 €	2 271 000 €	2 850 000 €	3 000 000 €	10 121 000 €
		Réalisé		247 406 €				247 406 €
3-2	INCa	Budgété	0 €	600 000 €	1 200 000 €	1 800 000 €	2 000 000 €	5 600 000 €
		Réalisé	641 295 €	802 894 €				1 444 189 €
3-4	INCa	Budgété	0 €	300 000 €	600 000 €	900 000 €	1 000 000 €	2 800 000 €
		Réalisé	212 650 €	813 514 €				1 026 164 €
3-5	INCa	Budgété	0 €	0 €	1 800 000 €	2 700 000 €	3 000 000 €	7 500 000 €
		Réalisé	2 000 000 €					2 000 000 €
3-6	INCa	Budgété	0 €	450 000 €	900 000 €	1 350 000 €	1 500 000 €	4 200 000 €
		Réalisé		229 308 €				229 308 €
4-1	PLFSS (DGOS)	Budgété	16 578 000 €	18 083 000 €	19 782 000 €	21 100 000 €	21 700 000 €	97 243 000 €
		Réalisé	18 503 000 €	20 081 700 €				38 584 700 €
	INCa	Budgété						
		Réalisé	675 000 €					675 000 €
4-5	INCa	Budgété	616 000 €	693 000 €	916 000 €	1 000 000 €	1 000 000 €	4 225 000 €
		Réalisé	379 675 €	136 180 €				515 855 €
5-2	INCa	Budgété	8 500 000 €	8 500 000 €	7 800 000 €	8 000 000 €	8 000 000 €	40 800 000 €
		Réalisé	8 531 735 €	10 568 966 €				19 100 701 €
5-3	INCa	Budgété	16 956 000 €	15 391 000 €	18 856 000 €	16 452 000 €	18 000 000 €	85 655 000 €
		Réalisé	10 705 109 €	13 491 297 €				24 196 406 €
5-4	INCa	Budgété	5 000 000 €	5 000 000 €	5 000 000 €	5 000 000 €	5 000 000 €	25 000 000 €
		Réalisé	495 000 €	1 189 212 €				1 684 212 €
5-5	INCa	Budgété	0 €	150 000 €	300 000 €	450 000 €	500 000 €	1 400 000 €
		Réalisé	195 967 €	100 569 €				296 536 €
Total budgété sur l'axe			53 600 000 €	60 654 000 €	75 981 000 €	83 452 000 €	89 600 000 €	363 287 000 €
Total réalisé sur l'axe			48 984 856 €	60 436 429 €		0 €		109 421 285 €

Budget de l'Axe Observation

			2009	2010	2011	2012	2013	Total
6-1	INCa	Budgété	42 000 €	42 000 €	42 000 €	42 000 €	42 000 €	210 000 €
		Réalisé	17 966 €	29 355 €				47 321 €
6-2	INCa	Budgété	0 €	340 000 €	210 000 €	210 000 €	210 000 €	970 000 €
		Réalisé	14 854 €	34 660 €				49 514 €
6-3	INCa	Budgété	50 000 €	50 000 €	50 000 €	50 000 €	50 000 €	250 000 €
		Réalisé	68 722 €	180 000 €				248 722 €
	INPES	Budgété	150 000 €	0 €	0 €	0 €	150 000 €	300 000 €
		Réalisé	0 €	315 659 €				315 659 €
6-4	INCa	Budgété	10 000 €	10 000 €	10 000 €	10 000 €	10 000 €	50 000 €
		Réalisé						
6-5	INCa	Budgété	150 000 €	300 000 €	550 000 €	0 €	0 €	1 000 000 €
		Réalisé						
7-1	INCa	Budgété	3 221 000 €	3 533 000 €	3 883 000 €	4 233 000 €	4 583 000 €	19 453 000 €
		Réalisé	3 330 578 €	4 391 194 €				7 721 772 €
	InVS	Budgété	2 982 000 €	3 294 000 €	3 644 000 €	3 994 000 €	4 344 000 €	18 258 000 €
		Réalisé	2 718 000 €	3 111 608 €				5 829 608 €
7-2	InVS	Budgété	162 000 €	562 000 €	762 000 €	662 000 €	162 000 €	2 310 000 €
		Réalisé	0 €	90 435 €				90 435 €
8-2	INCa	Budgété	100 000 €	280 000 €	455 000 €	180 000 €	30 000 €	1 045 000 €
		Réalisé	30 249 €					30 249 €
9-1	InVS	Budgété	0 €	540 000 €	240 000 €	240 000 €	240 000 €	1 260 000 €
		Réalisé		80 793 €				80 793 €
9-2	InVS	Budgété	0 €	400 000 €	400 000 €	200 000 €	150 000 €	1 150 000 €
		Réalisé		574 786 €				574 786 €
9-3	InVS	Budgété	0 €	80 000 €	80 000 €	80 000 €	80 000 €	320 000 €
		Réalisé		86 760 €				86 760 €
Total budgété sur l'axe			6 867 000 €	9 431 000 €	10 326 000 €	9 901 000 €	10 051 000 €	46 576 000 €
Total réalisé sur l'axe			6 180 369 €	8 895 250 €				15 075 619 €

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

			2009	2010	2011	2012	2013	Total
10-2-1	PLFSS (FNPEIS)	Budgété	20 000 000 €	22 000 000 €	37 000 000 €	46 200 000 €	46 200 000 €	171 400 000 €
		Réalisé	15 500 000 €	16 777 607 €				32 277 607 €
10-2-2	INPES	Budgété	3 980 000 €	3 980 000 €	3 980 000 €	3 980 000 €	3 980 000 €	19 900 000 €
		Réalisé	1 147 000 €	1 312 761 €				2 459 761 €
10-2-3	INPES	Budgété	6 000 000 €	6 000 000 €	6 000 000 €	6 000 000 €	6 000 000 €	30 000 000 €
		Réalisé	5 657 000 €	8 957 544 €				14 614 544 €
10-2-4	DGS	Budgété	8 000 €	0 €	0 €	0 €	0 €	8 000 €
		Réalisé	8 000 €	0 €				8 000 €
11-1	INCa	Budgété	0 €	200 000 €	0 €	0 €	0 €	200 000 €
		Réalisé						
11-2	INCa	Budgété	0 €	0 €	1 000 000 €	0 €	0 €	1 000 000 €
		Réalisé						
11-3	INPES	Budgété	0 €	150 000 €	150 000 €	150 000 €	0 €	450 000 €
		Réalisé	0 €	0 €				0 €
11-4	INCa	Budgété	0 €	200 000 €	200 000 €	200 000 €	0 €	600 000 €
		Réalisé	81 305 €	202 374 €				283 679 €
11-6	INPES	Budgété	150 000 €	150 000 €	150 000 €	150 000 €	150 000 €	750 000 €
		Réalisé		263 036 €				263 036 €
12-1	INCa	Budgété						
		Réalisé	17 316 €	57 943 €				75 259 €
12-3	DGT	Budgété	25 000 €	50 000 €	50 000 €	50 000 €	0 €	175 000 €
		Réalisé	0 €	16 659 €				16 659 €
12-4	INCa	Budgété	0 €	125 000 €	125 000 €	125 000 €	0 €	375 000 €
		Réalisé		200 000 €				200 000 €
12-5	INPES	Budgété	2 500 000 €	2 500 000 €	2 500 000 €	2 500 000 €	2 500 000 €	12 500 000 €
		Réalisé	2 090 000 €	2 461 582 €				4 551 582 €
13-1	INCa	Budgété	0 €	250 000 €	0 €	250 000 €	0 €	500 000 €
		Réalisé			0 €			0 €
13-3	INCa	Budgété	0 €	0 €	200 000 €	0 €	0 €	200 000 €
		Réalisé						
13-4	INCa	Budgété	0 €	150 000 €	150 000 €	150 000 €	150 000 €	600 000 €
		Réalisé						

14-1-1	INCa	Budgété	0 €	300 000 €	300 000 €	0 €	0 €	600 000 €
		Réalisé						
14-1-2	INCa	Budgété	2 600 000 €	3 600 000 €	5 550 000 €	6 500 000 €	5 050 000 €	23 300 000 €
		Réalisé		152 868 €				152 868 €
14-1-3	INCa	Budgété	0 €	100 000 €	100 000 €	100 000 €	0 €	300 000 €
		Réalisé						
14-1-4	INCa	Budgété						
		Réalisé	6 737 628 €	6 744 941 €				13 482 569 €
14-2-1	INCa	Budgété	0 €	400 000 €	400 000 €	400 000 €	400 000 €	1 600 000 €
		Réalisé						
14-2-2	INCa	Budgété						
		Réalisé	426 370 €	127 515 €				553 885 €
	DGS	Budgété	500 000 €	200 000 €	200 000 €	200 000 €	200 000 €	1 300 000 €
		Réalisé	0 €	0 €				0 €
14-2-3	INCa	Budgété	0 €	125 000 €	125 000 €	125 000 €	125 000 €	500 000 €
		Réalisé						
14-3-1	INCa	Budgété	100 000 €	125 000 €	225 000 €	100 000 €	100 000 €	650 000 €
		Réalisé						
14-3-2	INCa	Budgété	0 €	200 000 €	200 000 €	200 000 €	100 000 €	700 000 €
		Réalisé						
15-1-1	PLFSS (FNPEIS)	Budgété	67 000 000 €	71 000 000 €	73 000 000 €	76 000 000 €	79 000 000 €	366 000 000 €
		Réalisé	74 200 000 €	63 632 774 €				137 832 774 €
	DGS	Budgété	37 000 000 €	39 000 000 €	40 000 000 €	42 000 000 €	44 000 000 €	202 000 000 €
		Réalisé	37 670 000 €	38 800 000 €				76 470 000 €
15-1-2	INCa	Budgété	0 €	25 000 €	25 000 €	0 €	0 €	50 000 €
		Réalisé	30 770 €	34 902 €				65 672 €
15-1-3	INCa	Budgété	45 000 €	70 000 €	45 000 €	70 000 €	45 000 €	275 000 €
		Réalisé	27 547 €	233 559 €				261 106 €
15-1-4	INCa	Budgété						
		Réalisé	74 870 €	113 201 €				188 071 €
15-2-1	INCa	Budgété	50 000 €	50 000 €	0 €	0 €	0 €	100 000 €
		Réalisé		30 685 €				30 685 €
15-2-2	INCa	Budgété	0 €	270 000 €	170 000 €	170 000 €	70 000 €	680 000 €
		Réalisé						

16-1-2	INCa	Budgété	70 000 €	300 000 €	400 000 €	0 €	0 €	770 000 €
		Réalisé	205 606 €	196 955 €				402 561 €
16-2	INCa	Budgété	600 000 €	1 000 000 €	1 050 000 €	1 000 000 €	1 000 000 €	4 650 000 €
		Réalisé	31 500 €	77 735 €				109 235 €
16-3-1	INCa	Budgété	0 €	225 000 €	225 000 €	125 000 €	25 000 €	600 000 €
		Réalisé						
16-3-2	PLFSS (FNPEIS)	Budgété	0 €	2 000 000 €	8 000 000 €	8 000 000 €	8 000 000 €	26 000 000 €
		Réalisé		0 €				0 €
	INCa	Budgété						
		Réalisé	27 055 €					27 055 €
16-4	INCa	Budgété	100 000 €	500 000 €	500 000 €	400 000 €	0 €	1 500 000 €
		Réalisé	142 802 €	187 596 €				330 398 €
16-5-1	INCa	Budgété	0 €	0 €	900 000 €	900 000 €	900 000 €	2 700 000 €
		Réalisé	13 500 €	480 576 €				494 076 €
16-5-2	INCa	Budgété	0 €	150 000 €	0 €	100 000 €	0 €	250 000 €
		Réalisé	47 631 €	135 000 €				182 631 €
16-5-3	INCa	Budgété	0 €	300 000 €	300 000 €	100 000 €	0 €	700 000 €
		Réalisé						
16-6	PLFSS (FNPEIS)	Budgété						
		Réalisé	600 000 €					600 000 €
	INCa	Budgété						
		Réalisé	366 993 €	757 887 €				1 124 880 €
	DGS	Budgété	650 000 €	660 000 €	700 000 €	0 €	0 €	2 010 000 €
		Réalisé	394 307 €	812 222 €				1 206 529 €
17-1-1	INCa	Budgété	0 €	2 500 000 €	5 500 000 €	0 €	0 €	8 000 000 €
		Réalisé		1 688 906 €				1 688 906 €
17-1-2	INCa	Budgété	50 000 €	114 000 €	64 000 €	64 000 €	64 000 €	356 000 €
		Réalisé						
17-1-3	INCa	Budgété	0 €	25 000 €	25 000 €	25 000 €	25 000 €	100 000 €
		Réalisé						
17-2-1	INCa	Budgété	20 000 €	60 000 €	50 000 €	0 €	0 €	130 000 €
		Réalisé	35 529 €	180 059 €				215 588 €
17-2-2	INCa	Budgété	84 000 €	84 000 €	84 000 €	84 000 €	84 000 €	420 000 €
		Réalisé	44 217 €	80 097 €				124 314 €
17-2-3	INCa	Budgété	60 000 €	160 000 €	100 000 €	100 000 €	100 000 €	520 000 €
		Réalisé		97 253 €				97 253 €
17-3-1	INCa	Budgété						
		Réalisé		182 863 €				182 863 €
17-3-2	INCa	Budgété	40 000 €	80 000 €	40 000 €	40 000 €	40 000 €	240 000 €
		Réalisé	7 648 €	105 083 €				112 731 €
17-3-3	INCa	Budgété	50 000 €	80 000 €	50 000 €	80 000 €	50 000 €	310 000 €
		Réalisé						
17-3-4	INCa	Budgété	150 000 €	150 000 €	150 000 €	20 000 €	0 €	470 000 €
		Réalisé	156 173 €					156 173 €
17-4-1	INCa	Budgété	100 000 €	100 000 €	100 000 €	100 000 €	100 000 €	500 000 €
		Réalisé	85 978 €	249 056 €				335 034 €
17-4-2	INCa	Budgété	0 €	20 000 €	20 000 €	20 000 €	20 000 €	80 000 €
		Réalisé						
Total budgété sur l'axe			141 932 000 €	159 728 000 €	190 103 000 €	196 778 000 €	198 478 000 €	887 019 000 €
Total réalisé sur l'axe			145 826 745 €	145 351 239 €	0 €			291 177 984 €

Budget de l'Axe Soins

			2009	2010	2011	2012	2013	Total
18-1	PLFSS (DGOS)	Budgété	0 €	0 €	0 €	5 000 000 €	10 000 000 €	15 000 000 €
		Réalisé		0 €				0 €
	INCa	Budgété	400 000 €	900 000 €	1 470 000 €	0 €	0 €	2 770 000 €
		Réalisé		1 797 333 €				1 797 333 €
18-2	INCa	Budgété	0 €	50 000 €	50 000 €	50 000 €	50 000 €	200 000 €
		Réalisé		68 365 €				68 365 €
18-3	INCa	Budgété	600 000 €	1 100 000 €	2 100 000 €	2 600 000 €	2 600 000 €	9 000 000 €
		Réalisé	436 772 €	1 472 305 €				1 909 077 €
19-1	INCa	Budgété	0 €	80 000 €	80 000 €	80 000 €	80 000 €	320 000 €
		Réalisé		157 502 €				157 502 €
19-2	PLFSS (DGOS)	Budgété	13 000 000 €	31 000 000 €	41 000 000 €	41 000 000 €	41 000 000 €	167 000 000 €
		Réalisé	13 000 000 €	31 000 000 €				44 000 000 €
	INCa	Budgété	50 000 €	150 000 €	150 000 €	150 000 €	150 000 €	650 000 €
		Réalisé						
19-3	PLFSS (DGOS)	Budgété	7 000 000 €	7 000 000 €	7 000 000 €	7 000 000 €	7 000 000 €	35 000 000 €
		Réalisé	9 000 000 €	7 000 000 €				16 000 000 €
	INCa	Budgété	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
		Réalisé	20 382 €	32 710 €				53 092 €
19-4	INCa	Budgété	0 €	150 000 €	300 000 €	110 000 €	0 €	560 000 €
		Réalisé		39 600 €				39 600 €
19-5	INCa	Budgété	2 000 000 €	2 000 000 €	2 000 000 €	2 000 000 €	2 000 000 €	10 000 000 €
		Réalisé	1 120 484 €	918 543 €				2 039 027 €
20-1	PLFSS (DGOS)	Budgété	0 €	0 €	6 500 000 €	13 000 000 €	13 000 000 €	32 500 000 €
		Réalisé		0 €				0 €
20-2	PLFSS (DGOS)	Budgété	0 €	0 €	0 €	3 000 000 €	4 000 000 €	7 000 000 €
		Réalisé		0 €				0 €
	INCa	Budgété	2 700 000 €	1 300 000 €	1 300 000 €	1 000 000 €	0 €	6 300 000 €
		Réalisé	2 934 000 €	184 538 €				3 118 538 €
20-3	PLFSS (DGOS)	Budgété	0 €	0 €	2 000 000 €	2 000 000 €	2 000 000 €	6 000 000 €
		Réalisé		0 €				0 €
	INCa	Budgété						
		Réalisé		50 000 €				50 000 €
21-1	INCa	Budgété	100 000 €	100 000 €	100 000 €	100 000 €	100 000 €	500 000 €
		Réalisé	45 000 €	144 393 €				189 393 €
21-2	PLFSS (DGOS)	Budgété	0 €	4 500 000 €	12 000 000 €	14 000 000 €	14 000 000 €	44 500 000 €
		Réalisé		4 500 000 €				4 500 000 €
	INCa	Budgété						
		Réalisé		4 056 911 €				4 056 911 €
21-3	PLFSS (DGOS)	Budgété	0 €	0 €	3 000 000 €	6 000 000 €	6 000 000 €	15 000 000 €
		Réalisé		0 €				0 €
	INCa	Budgété	1 117 000 €	400 000 €	850 000 €	500 000 €	350 000 €	3 217 000 €
		Réalisé	958 762 €	80 000 €				1 038 762 €
21-4	INCa	Budgété	0 €	100 000 €	100 000 €	100 000 €	100 000 €	400 000 €
		Réalisé		28 522 €				28 522 €
21-5	INCa	Budgété	0 €	1 000 000 €	3 000 000 €	0 €	0 €	4 000 000 €
		Réalisé		810 €				810 €

22-1	PLFSS (DGOS)	Budgété	3 000 000 €	9 400 000 €	14 400 000 €	14 400 000 €	14 400 000 €	55 600 000 €
		Réalisé	2 640 000 €	6 580 000 €				9 220 000 €
	INCa	Budgété	1 200 000 €	1 000 000 €	1 000 000 €	500 000 €	500 000 €	4 200 000 €
		Réalisé	737 227 €	1 423 665 €				2 160 892 €
22-2	PLFSS (DGOS)	Budgété	950 000 €	1 580 000 €	3 580 000 €	3 580 000 €	3 580 000 €	13 270 000 €
		Réalisé	630 000 €	3 392 500 €				4 022 500 €
	INCa	Budgété						
		Réalisé		251 137 €				251 137 €
22-3	INCa	Budgété	100 000 €	100 000 €	100 000 €	100 000 €	100 000 €	500 000 €
		Réalisé	20 619 €	45 000 €				65 619 €
23-1	PLFSS (DGOS)	Budgété	3 000 000 €	6 000 000 €	9 000 000 €	9 000 000 €	9 000 000 €	36 000 000 €
		Réalisé	3 070 000 €	4 320 000 €				7 390 000 €
	INCa	Budgété	254 000 €	50 000 €	50 000 €	50 000 €	50 000 €	454 000 €
		Réalisé	160 375 €	383 €				160 758 €
23-2	INCa	Budgété	0 €	300 000 €	600 000 €	900 000 €	1 000 000 €	2 800 000 €
		Réalisé		5 334 €				5 334 €
23-3	PLFSS (DGOS)	Budgété	1 250 000 €	4 250 000 €	5 250 000 €	9 250 000 €	10 250 000 €	30 250 000 €
		Réalisé	1 410 000 €	4 410 000 €				5 820 000 €
	INCa	Budgété						
		Réalisé		15 346 €				15 346 €
23-4	PLFSS (DGOS)	Budgété	0 €	1 000 000 €	2 000 000 €	2 000 000 €	2 000 000 €	7 000 000 €
		Réalisé		0 €				0 €
	INCa	Budgété	166 000 €	120 000 €	120 000 €	120 000 €	120 000 €	646 000 €
		Réalisé	132 162 €	34 551 €				166 713 €
23-5	PLFSS (DGOS)	Budgété	2 000 000 €	6 000 000 €	18 500 000 €	13 500 000 €	13 500 000 €	53 500 000 €
		Réalisé	0 €	1 759 500 €				1 759 500 €
	PLFSS (DGS)	Budgété						
		Réalisé		2 200 000 €				2 200 000 €
	INCa	Budgété	1 300 000 €	1 000 000 €	1 000 000 €	1 000 000 €	1 000 000 €	5 300 000 €
		Réalisé	10 000 €	1 017 038 €				1 027 038 €
24-1	PLFSS (DGOS)	Budgété	0 €	686 000 €	1 445 000 €	1 806 000 €	2 348 000 €	6 285 000 €
		Réalisé		715 000 €				715 000 €
	MESR	Budgété	0 €	686 000 €	1 445 000 €	1 806 000 €	2 348 000 €	6 285 000 €
		Réalisé		0 €				0 €
24-2	PLFSS (DGOS)	Budgété	0 €	0 €	4 000 000 €	7 000 000 €	10 000 000 €	21 000 000 €
		Réalisé		0 €				0 €
24-3	INCa	Budgété	0 €	100 000 €	200 000 €	200 000 €	200 000 €	700 000 €
		Réalisé						
Total budgété sur l'axe			40 187 000 €	82 102 000 €	145 690 000 €	162 902 000 €	172 826 000 €	603 707 000 €
Total réalisé sur l'axe			36 325 783 €	77 700 986 €				114 026 769 €

Budget de l'Axe Vivre Pendant et Après le Cancer

			2009	2010	2011	2012	2013	Total
25-1	PLFSS (DGOS)	Budgété	0 €	0 €	900 000 €	1 800 000 €	3 000 000 €	5 700 000 €
		Réalisé		0 €				0 €
	PLFSS (FICQS)	Budgété	0 €	0 €	300 000 €	600 000 €	1 000 000 €	1 900 000 €
		Réalisé			0 €			0 €
25-2	PLFSS (DGOS)	Budgété	0 €	0 €	400 000 €	800 000 €	1 200 000 €	2 400 000 €
		Réalisé		0 €				0 €
25-3	INCa	Budgété	0 €	500 000 €	1 100 000 €	1 700 000 €	2 300 000 €	5 600 000 €
		Réalisé		591 422 €				591 422 €
25-5	PLFSS (DGOS)	Budgété	0 €	0 €	500 000 €	1 000 000 €	1 000 000 €	2 500 000 €
		Réalisé		0 €				0 €
26-1	INCa	Budgété	0 €	500 000 €	1 500 000 €	2 500 000 €	3 000 000 €	7 500 000 €
		Réalisé		262 004 €				262 004 €
26-2	INCa	Budgété	0 €	400 000 €	400 000 €	200 000 €	0 €	1 000 000 €
		Réalisé		592 973 €				592 973 €
26-3	DGCS	Budgété	0 €	0 €	600 000 €	1 200 000 €	2 000 000 €	3 800 000 €
		Réalisé			0 €	0 €	0 €	0 €
27-1	CNSA	Budgété	0 €	0 €	1 000 000 €	2 000 000 €	3 000 000 €	6 000 000 €
		Réalisé			0 €	0 €	0 €	0 €
27-2	CNSA	Budgété	0 €	0 €	400 000 €	0 €	0 €	400 000 €
		Réalisé			0 €			0 €
28	INCa	Budgété	0 €	800 000 €	1 600 000 €	2 400 000 €	3 200 000 €	8 000 000 €
		Réalisé						
29-2	INCa	Budgété	0 €	100 000 €	100 000 €	0 €	0 €	200 000 €
		Réalisé						
Total budgété sur l'axe			0 €	2 300 000 €	8 800 000 €	14 200 000 €	19 700 000 €	45 000 000 €
Total réalisé sur l'axe				1 446 399 €	0 €	0 €	0 €	1 446 399 €

Lexique

A

AAP : Appel à projets

ABM : Agence nationale de la biomédecine

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

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

AFSSAPS : Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé

ALD : Affection de longue durée

AMM : Autorisation de mise sur le marché

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

ARC : Association pour la recherche sur le cancer

ASIP : Agence des systèmes d'information de santé partagés

ATU : Autorisation temporaire d'utilisation

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

C

CCA : Chef de Clinique - Assistant

CCAM : Classification commune des actes médicaux

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

CCPS : Comité consultatif des professionnels de santé (INCa)

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

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

CIRC : Centre international de recherche sur le cancer

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

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

CNIL : Commission nationale de l'informatique et des libertés

CNSA : Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie

CPP : Comité de protection des personnes

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

D

DGCS : Direction générale de la cohésion sociale

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

DGOS : Direction générale de l'offre de soins

DGRI : Direction générale pour la recherche et l'innovation

DGS : Direction générale de la santé

DGT : Direction générale du travail

DGTPE : Direction générale du trésor

DSS : Direction de la sécurité sociale

H

HAS : Haute autorité de santé

HCSP : Haut conseil de santé publique

I

INCa : Institut national du cancer

INCTR : International network for cancer treatment and research

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

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

InVS : Institut de veille sanitaire

IRD : Institut de recherche pour le développement

IReSP : Institut de recherche en santé publique

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

L

LEEM : Les entreprises du médicament

LNCC : Ligue nationale contre le cancer

MAE : Ministère des affaires étrangères

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

MDPH : Maison départementale des personnes handicapées

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

MSA : Mutualité sociale agricole

O

ONDPS : Observatoire national de la démographie des professions de santé

P

PAIR : Programme d'actions intégrées de recherche

PHRC : Programme hospitalier de recherche clinique

PLF : Projet de loi de finances

PLFSS : Projet de loi de financement de la sécurité sociale

PMSI : Programme de médicalisation des systèmes d'information

PNNS : Programme national nutrition santé

PNREST : Programme national de recherche en environnement santé travail

PNSE : Plan national santé environnement

PU-PH : Professeur des universités-praticien hospitalier

R

RBU : Référentiel de bon usage

RCP : Réunion de concertation pluridisciplinaire

RRC : Réseau régional de cancérologie

S

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

STIC : Soutien aux techniques innovantes coûteuses

V

VADS : Voies aérodigestives supérieures

VIH : Virus de l'immunodéficience humaine

VHC : Virus de l'hépatite C



Liberté • Égalité • Fraternité

RÉPUBLIQUE FRANÇAISE



MINISTÈRE
DE L'ENSEIGNEMENT SUPÉRIEUR
ET DE LA RECHERCHE

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

Toutes les informations sur le Plan cancer 2009-2013
www.plan-cancer.gouv.fr