



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

2^e RAPPORT D'ÉTAPE AU PRÉSIDENT DE LA RÉPUBLIQUE DÉCEMBRE 2010



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 2009-2013	05
SYNTHÈSE DE L'ÉTAT D'AVANCEMENT DU PLAN CANCER 2009-2013 AU 15 DÉCEMBRE 2010	07
CHIFFRES-CLÉS DU CANCER EN 2010	11
PARTIE I : LES ACTIONS ENGAGÉES EN 2009 ET 2010	13
PARTIE II : DONNÉES DE PILOTAGE DES 30 MESURES	35
LEXIQUE	123

Le rapport d'étape au président de la République présente l'état des lieux de la mise en œuvre du Plan cancer 2009-2013 en décembre 2010.

Faisant suite au premier rapport d'étape rendu public en juin 2010, il comprend les éléments suivants :

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

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



La gouvernance du Plan cancer 2009-2013

► **Un comité de pilotage interministériel**

Le pilotage de la mise en œuvre du Plan cancer 2009-2013 est assuré par le comité de pilotage interministériel, présidé par le directeur général de la santé et composé de l'ensemble des directions d'administration centrales 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 du président 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 à ce que les actions présentant un retard soient tout particulièrement suivies.

► **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 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 objectifs fixés par le Plan. Renseignés par les pilotes des actions, ils feront 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 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.

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.

■ **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.

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. Il a vocation à être partagé avec tous les pilotes d'actions.

► **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 qui se sont tenus en juillet 2010 ont permis d'aborder quatre thématiques prioritaires du Plan cancer - les inégalités face au cancer, la recherche clinique, les professionnels de santé en oncologie et la surveillance après traitement actif de cancer - pour lesquelles ont été dégagées des propositions opérationnelles et des pistes de travail pour contribuer à atteindre les objectifs fixés par le Plan.

Un colloque national « Le Plan cancer 2009-2013 en mouvement » a été organisé le 24 novembre 2010, réunissant près de 900 participants, patients, professionnels de santé, chercheurs, institutionnels, associations, élus et journalistes, pour partager autour des défis majeurs de la lutte contre le cancer : les inégalités face au cancer, la prévention des cancers, l'accès aux soins innovants et personnalisés, l'accès à l'innovation et aux thérapies personnalisées, la qualité de vie des personnes pendant et après le cancer.

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



Synthèse de l'état d'avancement du Plan cancer au 15 décembre 2010

Le bilan à la fin 2010 de la mise en œuvre du Plan cancer 2009-2013 met en évidence un avancement des mesures globalement conforme au calendrier prévu, grâce à l'engagement de tous les acteurs de la recherche et de la lutte contre le cancer et à la mobilisation des ressources programmées.

Pour certaines actions nouvelles, une vigilance est toutefois nécessaire pour s'assurer de leur réalisation à l'échéance du Plan.

► Les moyens du Plan cancer 2009-2013 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. **En 2009, 237 millions d'euros ont été exécutés** pour la mise en œuvre du Plan Cancer, correspondant à 98 % des moyens prévus. La prévision pour cette année prévoit également un taux d'exécution très élevé des **313 millions d'euros prévus en 2010¹**.

► Les principales avancées en 2009 et 2010

Les mesures les plus importantes, dont les 6 mesures phares, ont été engagées sur l'ensemble des axes du Plan cancer, en articulation avec les autres plans nationaux de santé publique (santé environnement, santé travail, maladies chroniques...).

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

Afin de garantir la cohérence de la programmation de la recherche contre le cancer entre les acteurs impliqués en France, ont été définies **les orientations stratégiques communes** de l'ITMO cancer, au sein de l'Aviesan, et de l'INCa, en adéquation avec les objectifs du Plan cancer 2009-2013.

Le soutien à la recherche translationnelle et à la recherche clinique a été renforcé pour un transfert plus rapide des découvertes scientifiques au bénéfice des malades, par le financement de projets de recherche (117 projets ont été sélectionnés en 2009 et 2010 sur les programmes PHRC et STIC cancer pour un financement total de 41,5 millions d'euros ; 40 projets de recherche translationnelle ont été retenus en 2009 et 2010 pour 16,3 millions d'euros), mais aussi à travers l'engagement du processus de labellisation de sites de recherche intégrée sur le cancer (SIRIC) pour promouvoir un continuum entre les différentes dimensions de la recherche - fondamentale, clinique, santé publique, sciences humaines et sociales.

La participation des patients aux essais cliniques a progressé de 27 % entre 2008 et 2009 (augmentation de 21 700 à 27 700 patients inclus), grâce au développement de l'offre d'essais et à une meilleure information des malades et des professionnels (1 200 essais répertoriés en 2010 dans le registre des essais cliniques de cancérologie) ; les efforts seront poursuivis pour atteindre l'objectif fixé par le Plan d'augmenter de 50 % la participation aux essais d'ici 2013.

¹ Le bilan 2010 de l'exécution budgétaire du Plan cancer sera communiqué en mars 2011.

Les efforts ont été accrus **pour faire progresser l'accès aux traitements innovants et aux nouvelles thérapies**, par le développement des tests de biologie moléculaire permettant d'identifier les patients répondant aux indications (près de 30 000 tests pour le cancer colorectal² réalisés en 2009-2010 ; 15 000 tests en 2010 pour le cancer du poumon³) et par la labellisation et le soutien de 16 centres d'essais cliniques de phase précoce (pour les essais cliniques de phases 1 et 2).

La participation de la France aux programmes de recherche internationaux s'est développée, en particulier avec le National Cancer Institute américain (NCI-CTEP), pour la participation de centres français aux essais de nouvelles molécules mises à disposition par les entreprises pharmaceutiques (5 équipes françaises sélectionnées en 2010), et dans le cadre du programme « International Cancer Genome Consortium » (ICGC), auquel participe la France pour le cancer du foie et le cancer du sein.

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**, notamment par une progression des effectifs en formation. 886 nouveaux postes d'internes sont ainsi programmés sur la période 2010-2014 (577 postes en oncologie et 309 en anatomopathologie). Les régions en situation démographique difficile bénéficient de moyens renforcés (création de 13 postes d'assistants spécialistes en 2010). Le soutien des métiers de la radiothérapie est également une priorité du Plan cancer : les effectifs de radiophysiciens en formation ont été doublés sur la période 2007-2010 et le métier de technicien en dosimétrie est en voie de structuration.

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

L'incidence des cancers en France, comme la mortalité par cancer, présente d'importantes disparités géographiques et sociales. **Le rapport « La situation du cancer en France »**, actualisé chaque année, rassemble les données disponibles portant sur l'épidémiologie et les disparités géographiques, la recherche sur le cancer, les facteurs de risques, le dépistage, l'offre de soins et la qualité de vie avec le cancer, avec une approche par localisations cancéreuses. La version 2010 publiée en novembre comporte la mise à jour des données et un contenu enrichi. L'ensemble des informations sera mis en partage sur le **portail des données du cancer**, en construction, qui fera l'objet d'une première mise en service début 2011 sur le site e-cancer.fr.

Les efforts sont accrus **pour caractériser les risques environnementaux et comportementaux ainsi que les inégalités face au cancer**. Dans le cadre du Programme national de recherche en environnement santé travail (PNREST), l'appel à projets 2010 de l'ANSES a été conduit en association avec l'INCa (13 projets sur le cancer sélectionnés). Par ailleurs, a été lancé en avril 2010 un premier appel à projets de recherche interventionnelle 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. Cet appel à projets a vocation à devenir récurrent pour contribuer à rapprocher équipes de recherche et professionnels du secteur social dans l'objectif de faire progresser l'impact des actions menées auprès des populations.

La prévention doit participer à la réduction des inégalités face au cancer. Au moins un tiers des cancers seraient évitables, le principal facteur de risque étant le tabac. Les mesures prévues par le Plan **pour lutter contre la consommation de tabac** ont été prises, notamment l'interdiction effective des cigarettes aromatisées et la mise en œuvre des avertissements graphiques. D'autres actions sont engagées pour l'aide à l'arrêt du tabac comme le triplement du remboursement (de 50 à 150 euros) des substituts nicotiques à partir de 2011 pour les femmes enceintes et les bénéficiaires de la couverture maladie universelle. Pour améliorer l'aide à distance au sevrage tabagique, a été mis en place depuis septembre 2009 par l'Inpes un programme de *coaching* personnalisé par mail sur le site www.tabac-info-service.fr.

² Tests KRAS (Kirsten Rat Sarcoma virus).

³ Tests EGFR (Epidermal Growth Factor Receptor).

Afin de contribuer au développement d'actions de prévention adaptées, des documents de référence synthétisant l'ensemble des connaissances et des informations les plus actualisées sont publiés sur les principaux facteurs de risques de cancer, notamment le tabac, l'alcool, la nutrition, l'environnement et le travail (17 fiches repère publiées à la fin 2010 dont 7 en matière de cancers et tabac, 9 concernant les expositions professionnelles ou environnementales, 1 relative aux liens entre cancers et nutrition).

Il existe des disparités sur le territoire et de fortes inégalités socioéconomiques et culturelles dans le recours au dépistage des cancers. **Pour améliorer la participation de l'ensemble de la population au dépistage, des actions spécifiques sont déployées en direction de publics cibles**, à travers les messages des campagnes d'information (« Octobre rose » pour le cancer du sein, « Mars bleu » pour le cancer colorectal) et des interventions ciblées en direction des personnes les plus fragiles pour des raisons sociales, culturelles ou économiques (15 projets financés en 2009-2010 pour 1,2 million d'euros).

Les professionnels de santé sont également sensibilisés au dépistage et à la détection précoce des cancers, au moyen d'outils d'information adaptés aux pratiques de chacun et de modules de formation (mélanome, cancers de la cavité buccale). Une opération visant à mieux impliquer les médecins traitants dans les programmes de dépistage a été déployée par la CNAMTS à travers les visites des délégués de l'Assurance maladie ciblées notamment sur le dépistage du cancer colorectal (45 000 médecins traitants en 2010).

Afin de permettre la définition **de nouvelles stratégies de dépistage**, les recommandations sur le dépistage du cancer du col de l'utérus ont été publiées par la HAS, sur saisine du ministre chargé de la santé, en novembre 2010. Des recommandations sur le dépistage du cancer de la prostate chez les sujets à risques sont en cours d'élaboration.

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

Les autorisations pour le traitement des cancers ont été délivrées à 885 établissements de santé (chirurgie, chimiothérapie, radiothérapie), qui doivent d'ici mai 2011 remplir tous les critères attendus de sécurité et de qualité. Ces autorisations seront confirmées par les contrôles de conformité réalisés par les agences régionales de santé.

La qualité des prises en charge des malades est également soutenue par la production de guides et de recommandations. Cinq recommandations de prise en charge spécialisée ont été élaborées avec les sociétés savantes et publiées. Afin d'associer le médecin traitant au parcours de soins des patients, des guides, élaborés par la HAS et l'INCa, explicitant les traitements et la prise en charge en ALD par cancer sont destinés aux médecins traitants et aux patients (17 guides ALD médecins et 11 guides patients publiés à la fin 2010, avec l'objectif de couvrir d'ici la fin 2011 les 25 localisations les plus fréquentes représentant 95 % des cancers incidents).

Pour **rendre accessible aux patients une information de référence sur les cancers**, afin de leur permettre de devenir acteurs du système de soins, **la plateforme Cancer info** mise en place avec la Ligue nationale contre le cancer repose sur un site internet, une ligne téléphonique et des guides thématiques (13 guides Cancer info publiés en 2009-2010).

Les actions ont été engagées pour **développer une prise en charge personnalisée et accompagner l'après-cancer, en renforçant le rôle du médecin traitant.** Le cadre national du dossier communicant de cancérologie, au sein du dossier médical partagé, est publié (ASIP-INCa) et sera testé dans 7 régions pilotes en 2011. Une expérimentation des parcours personnalisés des patients pendant et après le cancer a démarré dans 35 sites pilotes autour des établissements de santé, des médecins traitants et des équipes soignantes de proximité ; ils seront soutenus et accompagnés sur une durée d'un an pour définir les conditions du déploiement de la coordination infirmière des soins, de la surveillance partagée avec les médecins traitants et de l'accompagnement social.

Une démarche spécifique coordonnée par la CNSA sera conduite en 2011, dans le cadre de cette expérimentation, avec plusieurs Maisons départementales des personnes handicapées pour déterminer à partir de situations individuelles les pratiques permettant **d'améliorer la prise en compte des situations de handicap ou de perte d'autonomie liées au cancer**. En outre, 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.

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

1. L'amélioration de la qualité de vie pendant et après le cancer est une priorité majeure du Plan cancer 2009-2013. Aujourd'hui un patient sur deux est en vie cinq ans après le diagnostic de cancer⁴. Si plusieurs actions nouvelles sont déjà engagées, une mobilisation forte de tous les acteurs impliqués est nécessaire sur la durée du Plan pour mener à bien l'ensemble des mesures programmées, afin de permettre aux personnes atteintes de cancer de préserver ou de retrouver une vie professionnelle et sociale.

Pour améliorer l'accès aux assurances et au crédit des personnes présentant un risque aggravé de santé, **le renouvellement de la convention AERAS** est en voie de finalisation à l'issue des négociations menées entre les associations et les représentants des banques et assurances. Les avancées portent sur l'information des bénéficiaires, les questionnaires de santé, les situations stabilisées ou en voie de stabilisation, l'écêtement des surprimes, ainsi que le contrôle de l'effectivité de la convention. Les travaux complémentaires sur la prise en compte du risque invalidité, à la demande des associations, ont débouché sur de nouvelles propositions formulées par la fédération française des sociétés d'assurance, qui devraient permettre la signature de la convention début 2011. La mise en œuvre effective de l'accord devra continuer à faire l'objet d'une vigilance particulière.

S'agissant des actions prévues par le Plan cancer pour **lever les obstacles à la réinsertion professionnelle des personnes atteintes de cancer**, les stratégies de mise en œuvre restent à définir pour assurer leur réalisation à l'échéance de la durée du Plan. Selon les études, parmi les personnes exerçant une activité professionnelle, 10 à 20 % perdent leur emploi deux ans après le diagnostic de cancer. Le retour au travail nécessite des aménagements personnalisés du temps, des conditions et de la charge de travail.

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

L'impact des actions d'information et de proximité engagées pour **améliorer la participation aux programmes de dépistage organisé**, notamment dans les départements les plus en difficulté, pourra notamment être apprécié à travers le suivi des indicateurs inscrits dans les contrats d'objectifs et de moyens 2010-2013 des agences régionales de santé.

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

⁴ Voir rapport « La survie attendue des patients atteints de cancer en France », Inca, avril 2010.

Chiffres clés du cancer en France en 2010

► Une incidence des cancers en hausse

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

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

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

► Une mortalité par cancer en baisse

La mortalité par cancer tous âges et toutes localisations confondus a diminué au cours des vingt dernières années. Le cancer représente néanmoins la première cause de décès chez l'homme (33 % des décès masculins) et la deuxième chez la femme (23 % des décès féminins), et il reste la première cause de décès prématuré avant 65 ans.

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

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

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

► Des projections de survie encourageantes

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

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

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

Rapport « La situation du cancer en France en 2010 », INCa, novembre 2010

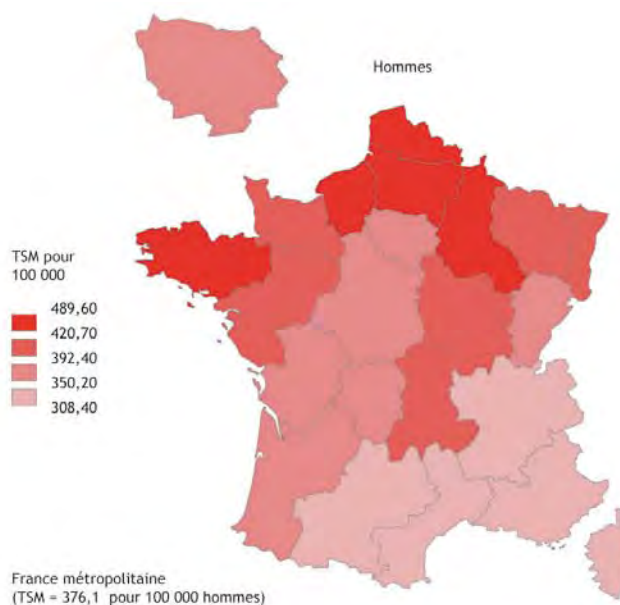
► Des disparités géographiques importantes

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

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

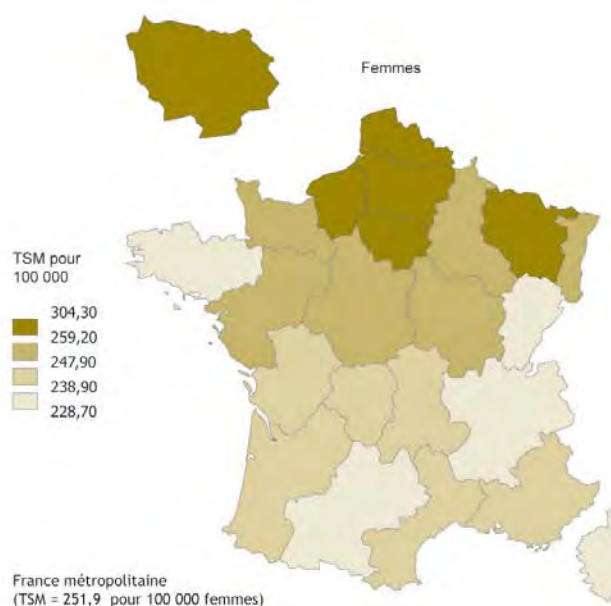
Incidence des cancers en 2005 en France métropolitaine

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



Source : HCL/InVS/Inca/Francim/Inserm

Infographie : INCa 2010



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



Partie I

Les actions engagées en 2009 et 2010

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 d'une part de continuer à réduire la mortalité liée à cette maladie et d'autre part de faire reculer sa fréquence et sa gravité par des actions de santé publique, et améliorer la survie et la qualité de vie des patients par des traitements plus efficaces et moins toxiques.

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

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

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

Les actions réalisées ou engagées en 2009-2010

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



Mesure 1 Renforcer les moyens de la recherche pluridisciplinaire

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

- 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. 16 projets de recherche translationnelle ont été retenus en 2010 et financés pour un montant pluriannuel de 6,54 millions d'euros. Ils s'ajoutent aux 24 projets sélectionnés en 2009 pour un montant de 9,8 millions d'euros⁵. L'appel à projets pour 2011 a été publié par le ministère chargé de la santé (DGOS) et l'INCa en novembre 2010.

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

La spécificité de la recherche translationnelle dans le domaine du cancer implique le développement d'une formation appropriée de médecins, techniciens et chercheurs. Des **subventions de formation** en master 2, doctorat ou postdoctorat sont ainsi attribuées. 15 projets ont ainsi été sélectionnés en 2010 pour un financement de 0,6 million d'euros, en complément des 17 projets retenus en 2009 pour 1,18 million d'euros.

► **FAIT MARQUANT** : 40 projets de recherche translationnelle retenus en 2009 et 2010 pour un financement pluriannuel de 16,3 millions d'euros. 32 subventions de formation à la recherche translationnelle attribuées en 2009 et 2010 pour un montant total de 1,8 million d'euros.

- Dans le cadre du **programme d'actions intégrées de recherche (PAIR) sur le cancer de la prostate**, 8 projets ont été retenus en 2010, co-financés par l'ARC, la Ligue nationale contre le cancer et l'INCa pour un montant total de 6 millions d'euros. Les PAIR ont vocation à soutenir l'ensemble des dimensions de la recherche dans le cadre d'une pathologie : biologie fondamentale, recherche clinique, épidémiologie, technologies innovantes, prévention, dépistage, diagnostic, traitement et les aspects des sciences humaines et sociales. Un nouveau programme PAIR a été lancé sur les cancers des voies aérodigestives supérieures qui sera déployé à partir de 2011.
- Afin de promouvoir et structurer la coopération entre les différentes dimensions de la recherche - fondamentale, clinique, santé publique, sciences humaines et sociales - des **sites de recherche intégrée sur le cancer** (SIRIC) seront labellisés et financés. Le cahier des charges pour la labellisation, préparé par l'INCa et l'ITMO cancer (Aviesan), a été publié en juillet et les candidatures transmises mi-décembre 2010 (12 projets reçus). Ces sites auront 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.
- Un **projet européen d'ERA-Net portant sur la recherche translationnelle sur le cancer** a été accepté par la Commission en avril 2010. Cet instrument du programme cadre européen de recherche et développement permet aux États membres et associés de coordonner leurs programmes nationaux et va permettre aux partenaires de financer des projets de recherche translationnelle sélectionnés dans le cadre d'appels à projets conjoints. Coordonné par le ministère de la santé italien, ce projet rassemble 25 partenaires issus de 19 pays, dont la France qui pilotera les actions de formation à la recherche translationnelle et l'élaboration du cahier des charges de l'un des 3 appels à projets prévus.

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 pour développer l'offre d'essais cliniques et l'amélioration de l'information pour accroître la participation des patients. Le nombre de malades inclus dans les essais cliniques a progressé de 27% entre 2008 et 2009 ; les efforts sont à poursuivre pour atteindre l'objectif fixé par le Plan d'augmenter de 50% la participation aux essais d'ici 2013, en ciblant particulièrement les populations les plus vulnérables, enfants, personnes âgées, patients atteints de cancers rares.

- **Les projets de recherche clinique soutenus** portent sur de nouveaux médicaments ou associations de médicaments contre la maladie ou ses effets secondaires, de nouvelles façons de les administrer, de nouvelles techniques de traitement, de diagnostic, de prise en charge ou de

prévention. Ils sont financés sur appels à projets reconduits chaque année. Dans le cadre du programme hospitalier de recherche clinique (PHRC) cancer et du programme de soutien aux techniques innovantes coûteuses (STIC) en cancérologie, permettant de financer des projets d'ampleur nationale, 61 projets ont été retenus en 2010 pour un financement de 22 millions d'euros, qui s'ajoutent aux 56 projets sélectionnés en 2009 pour 19,5 millions d'euros⁶. Les appels à projets PHRC et STIC pour 2011 ont été lancés en octobre 2010.

► **FAIT MARQUANT** : 117 projets retenus en 2009 et 2010 pour un financement total de 41,5 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, financés par l'Assurance maladie.

- Des essais cliniques de grande ampleur sont en cours pour le cancer du sein : l'essai PHARE, qui a inclut plus de 3 000 patientes et l'essai SHARE en matière de radiothérapie du cancer du sein, qui devrait inclure 2 800 patientes dans 50 centres de radiothérapie répartis sur l'ensemble du territoire.
- Une action spécifique permettant de développer les essais cliniques de phases précoces a été initiée depuis 2009 par l'INCa **en partenariat avec le National Cancer Institute américain** (NCI-CTEP), pour organiser la participation de centres français au programme portant sur des essais de phase II de nouvelles molécules mises à disposition par les entreprises pharmaceutiques auprès du NCI, dans le but de favoriser le développement de ces nouveaux agents anticancéreux et de les mettre rapidement à la disposition des patients en France. Parmi les 41 projets soumis par les équipes françaises, 5 ont été sélectionnés (4 projets d'essais cliniques, 1 projet préclinique) ; les premières inclusions sont prévues en 2011.

► **FAIT MARQUANT 2010** : 16 centres d'essais cliniques de phase précoce sélectionnés, sur appel à candidatures, pour être labellisés et soutenus par des financements dédiés. L'objectif est de favoriser l'accès aux molécules innovantes pour les patients français et de donner une meilleure visibilité internationale à la recherche clinique française, en particulier la recherche précoce (essais de phases 1 et 2).

- Les plateformes hospitalières de génétique moléculaire des cancers ont pour vocation de réaliser les **tests moléculaires pour l'accès aux thérapies ciblées**, pour l'ensemble des patients de leur ressort quel que soit l'établissement où ils sont pris en charge (28 plateformes réparties sur le territoire). Un soutien financier important a été consenti pour financer les tests qui permettent l'accès aux thérapies ciblées des malades atteints de cancer colorectal métastaté⁷. De même, pour permettre la réalisation sans contrepartie financière des tests pour les malades atteints de cancer du poumon⁸, une subvention exceptionnelle a été allouée en 2010 aux plateformes (voir 3.2).

En outre, **pour anticiper l'arrivée de nouvelles thérapies ciblées** en cours de développement clinique, un nouveau programme a été lancé, dans le cadre d'un partenariat public-privé, permettant la détection en routine d'une série de biomarqueurs émergents pour les cancers du poumon, colorectal et le mélanome.

► **FAIT MARQUANT** : plus de 30 000 tests pour l'accès aux thérapies ciblées du cancer colorectal réalisés en 2009-2010 et 15 000 tests pour le cancer du poumon en 2010. Un financement de 7,5 millions d'euros alloué en 2010 pour soutenir l'activité des plateformes hospitalières de génétique moléculaire (4,5 millions sur crédits d'Assurance maladie, 3 millions sur budget INCa).

⁶ Les données 2009 et 2010 figurent en partie II du présent rapport (fiche mesure 4).

⁷ Tests KRAS (*Kirsten Rat Sarcoma virus*).

⁸ Tests EGFR (*Epidermal Growth Factor Receptor*).

- **Pour une meilleure information des patients et des professionnels de santé** sur l'offre d'essais cliniques, plus de 1 200 essais ont été répertoriés en 2010 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).
- Le Plan cancer fixe également pour objectif **la consultation systématique des comités de patients pour tous les protocoles d'essais cliniques**, dans un souci de transparence et d'expression des malades. Pour ce faire, la Ligue nationale contre le cancer va étendre le processus, mis en place avec la Fédération nationale des centres de lutte contre le cancer, de relecture des fiches patients avant consultation des comités de protection des personnes, aux autres promoteurs d'essais cliniques, les groupes coopérateurs, les établissements publics de santé et les industries du médicament à travers le LEEM. À partir de 2011, le nouveau dispositif devrait permettre une forte montée en charge du nombre de fiches patients ainsi relues, d'une moyenne annuelle de 30 fiches aujourd'hui jusqu'à 250 fiches par an.

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



Mesure 5 Faire de la France une référence internationale

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

▶ **FAIT MARQUANT 2010 : une stratégie commune de recherche contre le cancer**

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

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

- soutenir les domaines d'excellence de la recherche fondamentale sur le cancer en France ;
 - faciliter la recherche translationnelle ;
 - identifier les facteurs socioculturels et économiques qui influencent l'efficacité de la prévention, l'accès au diagnostic précoce, l'accès aux soins de qualité et la survie des patients atteints de cancer et réduire les inégalités face au cancer ;
 - mobiliser les meilleures équipes de recherche sur la coordination des ressources biologiques et les programmes de génomique et d'épigénomique à grande échelle ;
 - développer une recherche clinique innovante par l'aide sur projets aux investigateurs visant à faire émerger des traitements efficaces ;
 - renforcer le positionnement de la recherche française au niveau international.
- **Le programme International cancer genome consortium (ICGC)**, dans lequel la France s'est engagée depuis 2008, vise à séquencer les génomes d'une cinquantaine de types de cancers afin de mieux comprendre le rôle des altérations génomiques dans leur développement. L'objectif est de séquencer le génome de cinq types de tumeurs. Une publication dans la revue *Nature*⁹ en avril 2010 présente les 22 programmes de séquençage de cancer engagés par le consortium. La phase pilote démarrée dès 2009 concerne le séquençage de l'hépatocarcinome et du cancer du

⁹ The International Cancer Genome Consortium, International network of cancer genome projects », *Nature*, vol. 464, pp. 993-998, 2010.

sein HER2+10. A ce jour, 14 échantillons de cancer du foie ont été séquencés et la validation des résultats est en cours sur de nouvelles tumeurs. La collecte des échantillons de cancer du sein HER2+ progresse très rapidement grâce au réseau mis en place dans le cadre de l'étude clinique SIGNAL, 16 échantillons sont en cours de séquençage. En plus de ces 2 types de tumeurs, un troisième programme de séquençage se met en place, il concerne le cancer de la prostate ; les premiers échantillons devraient être séquencés début 2011.

- **La tumorotheque virtuelle nationale (TVN)**, ouverte en juillet 2010, a pour objectif de donner une visibilité et une accessibilité aux principales collections nationales d'échantillons constituées dans le cadre de réseaux et consortiums thématiques et de programmes de recherche nationaux ou internationaux. Cette base de données regroupe plus de 1 600 échantillons biologiques issus du programme PNES cancers du poumon. Elle sera implémentée durant l'année 2011 avec d'autres collections thématiques, notamment les cancers du foie (programme ICGC) et les cancers de la prostate (programme PAIR 2010 et ICGC).
- **Le développement de la coopération internationale en recherche et en santé publique contre le cancer** s'effectue notamment à travers des partenariats multilatéraux. Un accord a ainsi été signé par l'Institut de recherche pour le développement (IRD) définissant une stratégie commune et une première étude devrait être initiée en Thaïlande sur les cancers du col de l'utérus. Un accord a également été conclu avec l'INCTR¹¹ pour le déploiement d'un réseau de télépathologie en Afrique de l'Ouest pour le soutien au diagnostic. De nouvelles modalités de fonctionnement du Réseau Cancer de Coopération Internationale ont été adoptées permettant une redynamisation de cette plateforme. Enfin, un dossier de candidature a été déposé auprès des instances européennes avec des partenaires italiens et serbes pour une assistance au programme national de dépistage en Serbie.

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



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

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

- Le rapport « Les métiers du diagnostic biologique du cancer, anatomie et cytologie pathologiques, biologie médicale, génétique », publié en 2009 par l'Observatoire national de la démographie des professions de santé et l'INCa, dresse l'état des lieux démographique des professionnels en activité et en formation, permettant de suivre les évolutions de l'offre et identifier les besoins à venir. La version 2011 du rapport portera sur l'analyse prospective des choix d'installation des jeunes spécialistes en exercice (oncologues médicaux, radiothérapeutes et pathologistes). Une base de données des effectifs en exercice et en formation est en cours de constitution afin d'établir un tableau de bord sur les métiers de la cancérologie.

¹⁰ HER2 (Human Epidermal Growth Factor Receptor-2).

¹¹ INCTR (International network for cancer treatment and research) : réseau international pour la recherche et le traitement du cancer dans les pays en voie de développement.

L'arrêté pluriannuel programmant la création de postes d'internes par spécialité et région¹² prévoit **886 nouveaux postes d'internes sur la période 2010-2014** dans les spécialités ciblées par le Plan cancer : 577 postes d'internes en DES d'oncologie et 309 en DES d'anatomopathologie, soit une augmentation respective de 36 % et 23 % sur 4 ans. Pour le cycle 2010-2011, 92 postes sont pourvus en oncologie et 53 en anatomopathologie. Le domaine de la cancérologie est par ailleurs indiqué dans la circulaire conjointe des ministères chargés de la santé et de l'enseignement supérieur et de la recherche comme étant une priorité des redéploiements de postes hospitalo-universitaires pour 2010 et 2011, ce qui permettra de conforter les postes concernés dans ce champ.

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

- Un soutien particulier est mis en œuvre pour **les régions en situation démographique difficile**, qui bénéficient de moyens renforcés (financement de 13 postes d'assistants spécialistes en 2010 en oncologie médicale et anatomopathologie). Les agences régionales de santé pourront également activer les leviers prévus par la loi « hôpital, patients, santé et territoires » pour le rééquilibrage territorial des professionnels de santé.
- Le renforcement quantitatif et qualitatif des postes au sein des centres de radiothérapie est un enjeu crucial. **Les effectifs de radiophysiciens en formation ont connu un doublement depuis 2007**, avec 96 étudiants admis en septembre 2010 à la préparation du diplôme de qualification en physique radiologique et médicale, suite à l'ouverture de nouveaux masters et aux écoles d'ingénieurs (arrêté du 18 mars 2009). Le nombre de radiophysiciens en poste dans les centres de radiothérapie début 2010 est de 448 équivalents temps plein, soit un doublement des effectifs depuis 2003 ; l'objectif est d'atteindre 600 radiophysiciens en poste à fin 2011¹³. En outre, le **soutien au métier de technicien de dosimétrie** se traduit à la fois par la structuration de la formation et par une réflexion ministérielle en cours à travers l'élaboration du processus de validation des acquis de l'expérience et d'une fiche emploi. Enfin, des financements dédiés ont été délégués en 2010 pour le **recrutement de qualifiés** dans les centres de radiothérapie pour accompagner la mise en place des obligations fixées par les critères d'agrément (INCa) et le référentiel de l'Autorité sûreté nucléaire (voir 3.1).
- **Le soutien de la spécialité d'anatomopathologie** est indispensable pour faire face aux mutations scientifiques et techniques auxquelles sont confrontés les médecins pathologistes pour établir le diagnostic morphologique de cancer. La classification commune des actes médicaux (CCAM) pour l'anatomopathologie, publiée en avril 2010, est en cours d'actualisation par la CNAMTS pour prendre en compte la complexité et l'évolution des actes en cancérologie, afin de mieux valoriser la discipline.

¹² Arrêté ministériel du 12 juillet 2010.

¹³ Voir partie II du présent rapport (fiche mesure 22).

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

Les objectifs du Plan cancer

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

Les actions réalisées ou engagées en 2009-2010

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 récurrents en sciences humaines et sociales, épidémiologie et santé publique, 17 projets portant sur **les inégalités sociales face au cancer** ont été retenus en 2009 et 2010. A été lancé en avril 2010 un premier appel à projets de **recherche interventionnelle** 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. Trois projets ont été sélectionnés à ce stade sur lettres d'intention ; cet appel à projets a vocation à devenir récurrent. Un colloque scientifique sur le thème « inégalités face au cancer : chercher et intervenir » s'est tenu en octobre 2010 ; il a permis d'aborder la problématique des enjeux méthodologiques et organisationnels de la recherche interventionnelle en santé publique, au regard des expériences internationales (Canada, Royaume-Uni, États-Unis).
- S'agissant de **la recherche sur les risques comportementaux et environnementaux dans le domaine des cancers**, 7 projets ont été retenus en 2009 et 2010 dans le cadre des appels à projets récurrents en sciences humaines et sociales, épidémiologie et santé publique. En outre, dans le cadre du **Programme national de recherche en environnement-santé-travail (PNREST)**, l'appel à projets 2010 de l'ANSES a été lancé en association avec l'INCa, afin de promouvoir durablement une recherche d'excellence dans le domaine de la santé environnementale et de la santé au travail ; 13 projets sur le cancer ont été sélectionnés. Un colloque international sur la question des risques environnementaux et comportementaux face aux cancers, piloté par l'ANSES, est en préparation pour 2011 en collaboration avec l'INCa.

► **FAIT MARQUANT:** 37 projets de recherche pour caractériser les facteurs de risques soutenus en 2009 et 2010, dont 17 projets portant sur les inégalités sociales face au cancer et 20 projets sur les risques comportementaux et environnementaux dans le domaine des cancers.

- S'agissant des instruments de recherche, **trois cohortes ayant trait au cancer et faisant partie des très grandes infrastructures de recherche** (TGIR), pilotées par l'IReSP et l'Institut de santé publique, sont soutenues financièrement par l'INCa et la Ligue nationale contre le cancer pour un montant annuel de 3 millions d'euros (E3N, Nutrinet, Constances). Le financement pour E3N, dont le recrutement est terminé, permet de recueillir des prélèvements salivaires sur les sujets de la cohorte afin de disposer de leur ADN. La cohorte, qui fête ses 20 ans, a recruté plus de 98 000 femmes. De nombreuses publications informent sur la fréquence des cancers pour les femmes incluses dans E3N, permettant des projections d'incidence ou des études étiologiques. La cohorte Nutrinet continue de recruter régulièrement, avec plus de 159 000 personnes inscrites au 8 octobre 2010, ce qui permettra de fournir des données sur le nombre de cancers prévalents et la mortalité. Constances n'a pas encore commencé son recrutement grandeur réelle, mais sa phase pilote est terminée.
- 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.
- Le programme pluriannuel de biosurveillance est en cours d'élaboration, en articulation avec le **Plan national santé environnement (PNSE2)**, pour constituer des bases de données clinico-biologiques afin d'explorer la composante cancer des maladies environnementales.

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



Mesure 6

Mesure 7

Mesure 8

Mesure 9

Produire et communiquer des informations sur le cancer et la cancérologie

Optimiser la surveillance

Développer l'épidémiologie sociale des cancers

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 2010 publiée en novembre comporte la mise à jour des données et un contenu enrichi. L'ensemble de ces informations sera mis en partage sur le **Portail des données du cancer**, en construction, qui fera l'objet d'une première mise en service début 2011 sur le site e-cancer.fr¹⁴.

► **FAIT MARQUANT 2010** : Actualisation 2010 du rapport « La situation du cancer en France ». Le nombre de nouveaux cas de cancer en France est estimé en 2010 à environ 357 500 (203 000 hommes et 154 500 femmes). 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.

¹⁴ Voir partie II du présent rapport (fiche mesure 6).

- L'évolution de la mortalité par cancers fait l'objet d'analyses spécifiques. Les données d'incidence et de mortalité estimées sont publiées chaque année depuis 2009 par les Hospices civils de Lyon, l'InVS, l'INCa, le réseau des registres du cancer Francim et le CépiDC-INSERM. **L'Atlas de la mortalité par cancer en France métropolitaine**, publié en 2009 présente l'évolution de la mortalité par cancer, par sexe, âge et type de cancers (1970-2004) et les disparités géographiques. Le rapport « **dynamique d'évolution des taux de mortalité des principaux cancers en France** » publié en novembre 2010 présente l'évolution de la mortalité par cancer au cours des vingt dernières années à partir des données les plus récentes. Enfin, le rapport sur « **la survie attendue des patients atteints de cancer en France** » publié en avril 2010 établit des projections de survie des adultes atteints de cancer (voir 3.4).

► **FAIT MARQUANT 2010** : Publication du rapport « Dynamique d'évolution des taux de mortalité des principaux cancers en France ». La mortalité par cancer tous âges et toutes localisations confondus a diminué au cours des vingt dernières années.

- Dans l'objectif d'améliorer et soutenir la surveillance épidémiologique des cancers, **le soutien des registres des cancers est renforcé**, par un financement accru, afin notamment de réduire les délais de production des données par les registres et gagner une année en 2011 (passer de n-4 à n-3). Le programme de travail des registres pour 2011-2013, acté entre l'InVS, FRANCIM, les Hospices civils de Lyon et l'INCa, sous pilotage de l'InVS, a été validé en décembre 2010. Les travaux sont engagés pour la mise en place d'un système multisource de surveillance des cancers (SMSC) : le rapport de l'étude pilote sur le cancer de la thyroïde est en cours de validation et le comité de suivi explore 2 axes, l'un portant sur l'étude des bases ALD et PMSI croisées, l'autre sur la constitution d'une base nationale à partir des comptes-rendus d'anatomie et de cytologie pathologiques dans le cadre des travaux sur le dossier communicant de cancérologie (voir 3.4).
- Suite aux travaux coordonnés par l'InVS avec l'ensemble des acteurs concernés, la mise en œuvre de la **déclaration obligatoire des mésothéliomes** pourra être testée dans 6 régions à partir de janvier 2011 (phase pilote), sous réserve des autorisations du CCTIRS¹⁵ et de la CNIL, pour permettre la publication du décret inscrivant le mésothéliome sur la liste des déclarations obligatoires fin 2011. S'agissant de **l'observation et la surveillance des cancers liés à l'environnement professionnel**, les travaux de l'InVS en partenariat avec la MSA, ont permis la réalisation des pilotes pour l'inclusion dans la cohorte COSET (2 400 répondants dans 5 départements pilotes). Les inclusions dans la cohorte Constances (Inserm en collaboration avec la CNAMTS et les centres d'examen de santé) ont démarré (2 935 répondants dans 7 départements pilotes). L'InVS a réalisé une étude de faisabilité du recueil des signalements et investigations de *clusters* en population générale et en milieu professionnel. Un colloque « Cancer et travail » organisé par l'ARC et l'INCa le 14 décembre 2010 a permis d'approfondir 3 axes : la genèse des cancers professionnels, travailler avec ou après un cancer, les contributions du travail aux inégalités sociales face au cancer (voir 3.4).
- La réédition du **baromètre santé cancer** est en cours par l'Inpes, en collaboration avec l'INCa. La phase d'enquête terrain a été réalisée au premier semestre 2010 auprès d'environ 4 000 personnes âgées de 15 à 85 ans. Les résultats sont attendus pour fin 2011. Les grands thèmes traités sont : les représentations des cancers, les représentations en matière d'information et de soins, tabac et cancer, alcool et cancer, exposition aux UV et cancer, radon et cancer, nutrition, activité physique et cancer, les dépistages. Ils permettront de mesurer les évolutions de ces connaissances, attitudes et comportements vis-à-vis du cancer par comparaison au premier baromètre publié en 2005.
- Le bulletin hebdomadaire de veille bibliographique sur le cancer « **Nota Bene Cancer** » portant sur l'ensemble des domaines de la recherche et de la lutte contre le cancer, est publié par l'INCa depuis 2009 et mis à la disposition de tous les acteurs. Il est diffusé à plus de 2 700 abonnés à la fin 2010.

¹⁵ Avis du comité consultatif sur le traitement de l'information en matière de recherche dans le domaine de la santé (CCTIRS) préalable à l'autorisation de la CNIL.

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



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

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

- **Le tabac constitue la première cause de décès liés au cancer en France, comme dans le monde. La consommation de tabac en France est en hausse¹⁶.** Les mesures pour lutter contre la consommation de tabac, prévues notamment par la loi « hôpital, patients, santé et territoires » (HPST), ont été prises, l'interdiction de la vente de tabac aux mineurs de 18 ans et de vente des cigarettes aromatisées (« cigarettes bonbons »), l'obligation d'avertissements graphiques sur les paquets de cigarettes à partir d'avril 2011.

► **FAIT MARQUANT 2010 :** L'arrêté ministériel publié en avril 2010 modifie dès avril 2011 la présentation graphique et les avertissements présents sur les paquets de cigarettes, afin de réduire l'attractivité des produits du tabac.

D'autres actions sont engagées pour **l'aide à l'arrêt du tabac** comme le triplement du remboursement (de 50 à 150 euros) des substituts nicotiniques à partir de 2011 pour les femmes enceintes et les bénéficiaires de la couverture maladie universelle. Pour améliorer l'aide à distance au sevrage tabagique, a été mis en place depuis septembre 2009 par l'Inpes un programme de coaching personnalisé par mail sur le site www.tabac-info-service.fr. Un essai contrôlé randomisé a démarré en 2010 pour mesurer l'efficacité de ce nouveau programme, dont les résultats devraient être rendus en 2012. Depuis juin 2009, Tabac Info Service est accessible par un nouveau numéro de téléphone court, le 39.89. Ces améliorations du service sont portées dans le cadre des campagnes de communication visant à promouvoir l'aide à l'arrêt auprès du grand public et des professionnels de santé (campagne 2010 « arrêtez avant qu'il ne soit trop tard » par spots télé et annonces presse). L'élaboration de nouvelles recommandations professionnelles de pratique clinique de l'aide à l'arrêt du tabac est prévue par la HAS avec la Société française de tabacologie.

► **FAIT MARQUANT:** Mise en ligne depuis septembre 2009 par l'INPES d'un programme de coaching personnalisé par mail sur www.tabac-info-service.fr, prenant en compte l'âge, les modes de consommation, le niveau de dépendance, ainsi que le degré de motivation des personnes inscrites.

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 ont été publiés en 2009-2010 par l'INCa (cancers et cannabis, cancers et tabagisme passif, cancers et tabac, cancers et produits du tabac

¹⁶ D'après les premiers résultats du Baromètre santé 2010 (INPES), la consommation quotidienne ou occasionnelle de tabac chez les 15-75 ans a augmenté de 4 % en 2010 par rapport à 2005 (de 29,7 % à 33,6 %). Cette hausse est particulièrement forte chez les femmes de 45 à 64 ans (de 16 % en 2005 à 22,5 % en 2010).

Voir partie II du rapport (fiche mesure 10).

sans fumée, cancers et tabac chez les femmes). On constate une progression importante de la mortalité féminine par cancers dus au tabac en France, ainsi qu'une hausse de la consommation de tabac chez les femmes. À l'occasion de la Journée mondiale sans tabac, axée par l'Organisation mondiale de la santé en 2010 sur le tabagisme féminin, le réseau de prévention des addictions et l'office français de prévention du tabagisme ont organisé, conjointement avec le ministère de la Santé, un colloque « Femmes et tabac » en mai 2010.

La France est partie prenante de la convention cadre de lutte anti-tabac (CCLACT) de l'Organisation mondiale de la santé. L'année 2010 a été marquée par la tenue de la 4^e conférence des 171 pays membres, qui ont adopté des recommandations pour la mise en œuvre de la convention sur l'information et l'éducation, les programmes de sevrage et les ingrédients des produits du tabac. Une déclaration sur les actions menées par l'industrie du tabac à l'encontre des politiques nationales a également été adoptée. Les négociations concernant l'interdiction de la vente des produits de tabac par internet sont reportées à mars 2012¹⁷.

- 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 ont été mises en œuvre : arrêté du 27 janvier 2010 fixant les modèles et lieux d'apposition des affiches destinées à limiter l'offre d'alcool à destination des mineurs, dans les points de vente de carburant ; dispositions relatives aux « happy hours » ; amendement de la loi Évin concernant la publicité sur internet pour les boissons alcoolisées. Pour **aider les personnes en difficulté avec leur consommation d'alcool**, un site internet dédié a été lancé par l'Inpes en avril 2010.

► **FAIT MARQUANT 2010** : Lancement par l'Inpes du site www.alcoolinfoservice.fr avec un triple objectif : délivrer une information complète et rigoureuse ; proposer un outil d'évaluation et d'aide à la réduction de la consommation ; orienter les personnes en difficulté vers les structures et les professionnels dédiés.

- 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. Le « Baromètre santé nutrition 2008 » publié par l'Inpes en janvier 2010 montre que les connaissances et comportements des Français sur les repères de consommation ont évolué positivement. Ces résultats portent sur plusieurs facteurs nutritionnels en lien avec le cancer. Plusieurs actions¹⁸ sont engagées pour **une meilleure sensibilisation sur les liens entre nutrition et cancers** : le soutien d'actions spécifiques (16 projets soutenus en 2009-2010), l'élaboration d'un guide sur l'activité physique pour la préparation à la retraite par l'Inpes dans le cadre du Plan bien vieillir (publication prévue début 2011), la préparation d'un outil d'information en direction des élus. Un plan de lutte contre l'obésité a été annoncé sur trois ans (2010-2013) afin d'enrayer la progression de cette maladie.
- **Les actions de prévention des expositions professionnelles**¹⁹ s'inscrivent dans le cadre du **Plan santé travail 2010-2014** et du **Plan national santé environnement 2009-2013**. L'inspection du travail procède à des actions de contrôle en continue sur les CMR et des campagnes thématiques sont ciblées visant à sensibiliser les entreprises et à s'assurer de l'application effective des obligations : deux campagnes de contrôle ont été menées entre juin et décembre 2010, l'une sur la radioprotection, l'autre sur la maîtrise des risques chimiques dans les secteurs automobile et nettoyage.

Une recommandation issue d'une audition publique organisée par la HAS relative au suivi post professionnel après exposition à l'amiante a été publiée en avril 2010. Une recommandation pour la surveillance médico-professionnelle des travailleurs exposés ou ayant été exposés à des agents cancérogènes (CMR), notamment aux cancérogènes de la vessie, est en cours d'élaboration par la HAS et l'INCa avec la société française de médecine du travail.

¹⁷ Date de la 5^e session de l'organe intergouvernemental de négociation du protocole sur le commerce illicite des produits du tabac.

¹⁸ Voir partie II du rapport (fiche mesure 11)

¹⁹ Voir partie II du rapport (fiche mesure 12)

Un dispositif réglementaire spécifique relatif à la protection des travailleurs contre les risques liés aux rayonnements optiques artificiels (ROA) a été mis en place par la publication du décret n°2010-750 du 2 juillet 2010²⁰. 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. La mise en place de ce dispositif sera accompagnée d'actions d'information en direction de l'ensemble des acteurs concernés (site internet, fiches, guide).

► **FAIT MARQUANT 2010** : Le décret n°2010-750 du 2 juillet 2010 met en place le dispositif réglementaire spécifique relatif à la protection des travailleurs contre les risques liés aux rayonnements optiques artificiels.

- **Pour ce qui concerne les risques liés à l'environnement**, une campagne d'information sur **les risques liés aux UV** réalisée en 2009 par l'Inpes a été rééditée à l'été 2010. Un rapport d'analyse de risques et de recommandations d'actions visant la réduction des risques liés aux UV artificiels a été remis en mai 2010 par l'INCa, sur saisine du Ministère chargé de la santé. Ont été publiés en mai 2010, les principaux résultats de l'**étude Interphone** lancée par le CIRC en 1999 dans 13 pays, dont la France. Elle étudie les rapports entre l'utilisation du téléphone portable et la survenue de tumeurs cérébrales (gliome du cerveau et méningiome), de neurinomes du nerf acoustique ou de tumeurs de la parotide. La publication fait un état des lieux des risques chez des personnes cumulant au moins dix années d'exposition aux radiofréquences émises par les téléphones portables.

Des documents de référence en matière de cancers et environnement (milieu de vie et travail), synthétisant l'ensemble des connaissances et des informations les plus actualisées, sont élaborés afin de contribuer au développement d'actions de prévention adaptées : 9 fiches repères ont été publiées en 2009-2010 par l'INCa (cancers professionnels, cancers professionnels et inégalités sociales, environnement et cancer, risques de cancers et pesticides, téléphone mobile, particules fines, perturbateurs endocriniens, substances chimiques, rayonnements UV).

- **S'agissant des risques liés aux agents infectieux**²¹, différentes actions sont conduites pour la prévention et le dépistage des cancers liés au virus HPV (papillomavirus humain), au VIH (virus d'immunodéficience humaine), aux virus des hépatites B et C ainsi qu'à la bactérie *Helicobacter pylori*. **Une campagne d'information sur les cancers du col de l'utérus** détaillant l'intérêt du dépistage et de la protection apportée par la vaccination contre les infections à HPV (papillomavirus humain) a été menée, pour la première fois, en juin 2010 par le ministère chargé de la santé et l'INCa en partenariat avec l'Assurance maladie (CNAMTS, MSA, RSI).

► **FAIT MARQUANT 2010** : Première campagne d'information sur les cancers du col de l'utérus visant à sensibiliser les femmes, en particulier les plus vulnérables socialement, à l'importance de la prévention par la vaccination pour les jeunes filles de 14 ans et du dépistage de ce cancer par frottis pour les femmes de 25-65 ans.

Le rapport du Pr Yéni relatif à la **prise en charge médicale des personnes vivant avec le VIH** (PVVIH) paru en septembre 2010 décrit les risques de cancers auxquels sont confrontées les PVVIH et recommande des actions de prévention ciblées. Ainsi, pour la lutte contre le tabagisme auprès des PVVIH, un appel à projets, dédié notamment à cette thématique, a été lancé en octobre 2010 par l'INCa. D'autre part, la question du dépistage et de la prise en charge des lésions anales devrait faire l'objet courant 2011 de recommandations médicales établies avec les sociétés savantes concernées. La mise en œuvre des actions concernant la prévention des infections virales hépatiques est dépendante du calendrier du plan relatif à ces pathologies.

²⁰ Ce décret transpose la directive 2006/25/CE du Parlement européen et du Conseil du 5 avril 2006 relative aux prescriptions minimales de sécurité et de santé relative à l'exposition des travailleurs aux risques dus aux agents physiques.

²¹ Voir partie II du rapport (fiche mesure 13)

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

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



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

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

- **Les publics cibles des programmes de dépistage organisé**, pour le cancer du sein et pour le cancer colorectal, sont sensibilisés et mobilisés notamment à travers les campagnes nationales d'information, renouvelées chaque année pour adapter les stratégies et les messages en fonction des résultats d'impact constatés. En 2010, à l'occasion du mois de mars dédié à la mobilisation contre le cancer colorectal, « **Mars bleu** », un programme d'information et de communication enrichi de nouvelles actions a été déployé en direction des hommes, plus réticents au dépistage (campagne radio, film télévisé, campagne de presse ciblée, brochure pédagogique). Pour les acteurs de proximité, deux outils ont été proposés, visant à dédramatiser la démarche de dépistage du cancer colorectal (exposition itinérante, kit « café bleu ») et une affiche traduite en 5 langues a été conçue pour permettre la sensibilisation de tous les publics.

La campagne 2010 « **Octobre rose** » pour le dépistage organisé du cancer du sein a visé deux cibles : d'une part les femmes réticentes pour lever les freins au dépistage organisé (module *online* sur internet avec des entrées par freins rédigés par des femmes concernées et la possibilité de poser des questions en ligne à des gynécologues), d'autre part les proches, en particulier les filles, comme vecteurs de conviction auprès des femmes concernées (affiches, spots radio, action relais de mobilisation *on line via* une page événementielle permettant d'envoyer à ses proches un message par mail ou sms pour les inviter à participer au dépistage organisé).

► **FAIT MARQUANT 2010** : Deux campagnes nationales pour le dépistage organisé des cancers. « Mars bleu » pour le cancer colorectal visant à dédramatiser le dépistage notamment auprès des hommes, plus réticents. « Octobre rose » pour le cancer du sein visant deux cibles, d'une part les femmes réticentes pour lever les freins au dépistage organisé, d'autre part les proches, en particulier les filles, comme vecteurs de conviction auprès des femmes concernées.

- **Dans l'objectif de réduire les inégalités sociales d'accès et de recours au dépistage des cancers²², des actions de proximité sont soutenues** sur appels à projets (INCa), pour développer des interventions ciblées en direction des personnes les plus fragiles pour des raisons sociales, culturelles ou économiques. Ces actions peuvent être soutenues dans le cadre des projets de recherche interventionnelle (voir 2.1). C'est pourquoi les appels à projets pour 2011 de santé publique et de recherche en sciences humaines et sociales ont été lancés conjointement en octobre 2010. Un partenariat avec l'Agence nationale pour la cohésion sociale et l'égalité des chances (ACSE) a été mis en place pour le développement d'actions locales destinées aux populations des quartiers, notamment à travers les ateliers santé ville.

De plus, dans le cadre de la campagne de mobilisation « Octobre rose » 2010, une campagne radio spécifique en direction des femmes migrantes a été réalisée en collaboration avec des stations radio de la diversité (Beur FM, Africa n°1, radio Orient).

Le nouveau plan d'actions pour la santé des personnes détenues²³ annoncé en octobre 2010 par les ministres chargés de la santé et de la justice, pour 4 ans, comporte des actions visant à améliorer le dépistage des cancers du sein, du col de l'utérus et colorectal pendant la détention. La mise en œuvre de ces actions pilotées par la Direction générale de la santé sera suivie sur la période du plan.

► **FAIT MARQUANT 2010** : 15 projets d'interventions de proximité visant à réduire les inégalités d'accès et de recours au dépistage des cancers financés en 2009-2010 pour 1,2 million d'euros.

- Pour mieux repérer le sous-dépistage, des expérimentations de faisabilité technique de géocodage dans deux départements ont été mises en place en 2009 et 2010, afin de tester le développement d'un **système d'information géographique**. Cette territorialisation des zones de sous-dépistage vise à développer des interventions adaptées à des échelons géographiques plus fins.
- **Les professionnels de santé sont également sensibilisés au dépistage et à la détection précoce des cancers**, au moyen d'actions de proximité, d'outils d'information adaptés aux pratiques de chacun et de modules de formation. Une opération visant à mieux impliquer les médecins traitants dans les programmes de dépistage a été déployée par la CNAMTS à travers les visites des délégués de l'Assurance maladie ciblées notamment sur le dépistage du cancer colorectal.

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

Un programme de **formation à la détection précoce des cancers de la cavité buccale** est conduit auprès des chirurgiens-dentistes et des médecins traitants, à travers des actions de formation médicale continue et via un outil de formation en *e-learning*. S'agissant des **cancers de la peau**, une journée nationale de dépistage du mélanome est organisée annuellement par le syndicat national des dermatovénérologues. Un outil multimédia de formation en *e-learning* à la détection précoce des cancers de la peau pour les médecins généralistes, masseurs-kinésithérapeutes et infirmiers a été mis en ligne en juillet 2010.

► **FAIT MARQUANT 2010** : Plus de 4 100 professionnels formés en *e-learning* à la détection précoce des cancers de la cavité buccale (3 000 chirurgiens-dentistes et des médecins traitants) et des cancers de la peau (1 100 médecins généralistes, masseurs-kinésithérapeutes et infirmiers).

²² Voir partie II du rapport (fiche mesure 14)

²³ Plan d'actions stratégiques 2010-2014 de la politique de santé des personnes placées sous main de justice

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 17 Assurer la veille scientifique et améliorer la connaissance sur la détection précoce

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

- Dans l'objectif d'amélioration de la qualité et de l'efficacité des programmes nationaux de dépistage organisé, les actions mises en œuvre visent notamment **au renforcement du pilotage des programmes à travers des rencontres nationales d'information et d'échanges** réunissant l'ensemble des acteurs impliqués – deux séminaires (l'un sur le dépistage organisé du cancer du sein, l'autre sur le cancer colorectal) ont été organisés en 2009 ; un séminaire conjoint des deux programmes s'est tenu en décembre 2010 avec la participation des ARS – **et à une harmonisation des pratiques par la mise à disposition d'outils communs** – un guide d'organisation et de procédures a été mis à disposition des centres de lecture des tests de recherche de sang dans les selles ; un guide de recommandations juridiques à destination des acteurs de terrain a été validé.
- La réflexion sur l'évolution de l'organisation du programme et du positionnement des structures de gestion a été initiée en 2009 et une évaluation organisationnelle des structures de gestion a été menée en 2010. Un rapport sur les questions éthiques soulevées par le programme et sur les éventuelles évolutions ou adaptations nécessaires est en cours de publication. Un groupe de travail technique sur l'évolution des structures de gestion, piloté par la DGS et associant la CNAMTS, la MSA, le RSI et l'INCa, va démarrer début 2011.
- Afin de permettre **la définition de nouvelles stratégies de dépistage**²⁴, les recommandations sur le dépistage du **cancer du col de l'utérus** ont été publiées par la HAS, sur saisine du ministre chargé de la santé, en novembre 2010. Une expérimentation des stratégies d'actions intégrées de dépistage du cancer de l'utérus, soutenue par la DGS, la CNAMTS et l'INCa, est en cours dans 13 départements représentant 13,4 % de la population française. Les recommandations sur le dépistage du cancer de la prostate chez les sujets à risques sont en cours d'élaboration par la HAS et l'INCa ; trois axes sont explorés : l'information délivrée aux hommes sur les bénéfices/risques d'un dépistage, des traitements et séquelles ; l'identification des sujets à risques élevés et la définition d'une stratégie de dépistage adaptée ; le dépistage pour les hommes à risques moyens.

► **FAIT MARQUANT 2010** : Publication des recommandations sur le dépistage du cancer du col de l'utérus par la HAS, sur saisine du ministre chargé de la santé, en novembre 2010.

- **Pour améliorer le suivi du dépistage**, et dans la suite des travaux menés par l'InVS, des tableaux de bord d'indicateurs de pilotage pour le dépistage du cancer du sein et du cancer colorectal sont en cours d'élaboration. Les logiciels métiers des structures de dépistage devront être harmonisés pour améliorer le suivi du dépistage. Un appel d'offre en vue de la rédaction d'un référentiel des spécifications des logiciels métier des structures de gestion sera lancé en 2011.
- **S'agissant de l'évolution des techniques de dépistage**, un rapport sur les conditions de substitution des tests au gâciac par les tests immunologiques pour le dépistage du cancer colorectal est en préparation ; il devrait être publié par l'INCa en février 2011. 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. Par ailleurs, la formation des médecins radiologues aux techniques numériques s'est poursuivie en 2010.

²⁴ Voir partie II du rapport (fiches mesures 15 et 17)

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

Les objectifs du Plan cancer

Tout en consolidant les avancées permises par le Plan cancer 2003-2007 en matière de qualité et d'organisation des soins, l'enjeu au cours de la période 2009-2013 est d'améliorer le parcours de soins des personnes atteintes par le cancer, par une personnalisation accrue et la coordination des interventions en ville comme à l'hôpital.

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

Les actions réalisées ou engagées en 2009-2010

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



- Mesure 18** Personnaliser la prise en charge des malades et renforcer le rôle du médecin traitant
- 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 d'améliorer la qualité des prises en charge, la personnalisation des parcours de soins des malades, par une meilleure coordination des soignants et l'implication du médecin traitant, constitue une des priorités du Plan cancer. Elle va de pair avec le processus des autorisations spécifiques pour le traitement des cancers délivrées aux établissements de santé, pour assurer des soins de qualité sur l'ensemble du territoire. Un soutien particulier vise la spécialité d'anatomopathologie et la radiothérapie.

- **Les autorisations de traitement des cancers ont été délivrées à 885 établissements de santé**²⁵, qui doivent d'ici mai 2011 au plus tard remplir tous les critères attendus. Les agences régionales de santé (ARS) effectueront les contrôles de conformité pour confirmer ces autorisations jusque fin 2013. Les critères de sécurité et de qualité des prises en charges, inscrits dans les conditions d'autorisation du traitement des cancers, s'articulent autour de l'annonce du diagnostic, la remise au patient d'un projet personnalisé de soins, l'accès à la pluridisciplinarité et aux recommandations nationales de pratique clinique. Un outil cartographique, en ligne sur le site e-cancer.fr, permet de localiser de façon interactive par régions et par villes l'offre de soins en chirurgie des cancers, radiothérapie et chimiothérapie.

Pour accompagner le processus, un outil d'auto-évaluation (« check-list ») a été mis à la disposition des établissements pour se préparer aux visites de conformité. Près de 500 établissements ont volontairement renvoyé leur check-list, permettant de disposer d'une première synthèse déclarative de la mise en œuvre des autorisations, mise en ligne en décembre 2010 sur le site e-cancer.fr. Une journée nationale d'information et d'échanges avec les ARS s'est tenue le 15 novembre 2010 sur la mise en œuvre du nouveau dispositif d'autorisation et préparer la démarche des visites de conformité qui auront lieu en 2011.

► **FAIT MARQUANT 2010** : Un financement de 18 millions d'euros en 2010 (PLFSS) pour accompagner le dispositif d'autorisation des établissements de santé et tenir compte de l'augmentation des cancers pris en charge.

²⁵ 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.

Un processus de **reconnaissance des réseaux régionaux de cancérologie** (RRC) a été lancé, pour garantir la conformité aux critères correspondant aux objectifs du référentiel national des missions des RRC. Neuf réseaux régionaux ont déjà fait l'objet d'une reconnaissance par l'INCa selon la procédure publiée.

- **Nouvel outil de partage et d'échange d'informations, le dossier communicant de cancérologie** (DCC), au sein du dossier médical partagé (DMP), va être mis en place. Le cadre national du DCC a été publié par l'ASIP et l'INCa en octobre 2010. Ce service spécialisé du DMP facilitera la coordination des soins entre professionnels de santé, en particulier avec les médecins traitants, et permettra une meilleure continuité des prises en charge. Il donnera notamment accès au programme personnalisé de soins, aux comptes rendus d'anatomopathologie et opératoires, et à l'ensemble des documents utiles à la coordination des soins. En 2011, 7 pilotes régionaux²⁶ mettront en œuvre le DCC avant son déploiement sur l'ensemble du territoire à partir de 2012.

► **FAIT MARQUANT 2010** : Publication du cadre national du dossier communicant en cancérologie (DCC) au sein du dossier médical partagé (DMP), par l'ASIP et l'INCa, et lancement de la phase pilote de mise en œuvre du service DCC dans 7 régions.

- **La qualité des prises en charge des malades est également soutenue par la production de guides et de recommandations.** Cinq recommandations de prise en charge spécialisée ont été élaborées par l'INCa avec les sociétés savantes et publiées : la prise en charge des cancers du sein *in situ*, la prise en charge thérapeutique (chirurgie et traitement adjuvant) des cancers de l'ovaire, 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), la prise en charge diagnostique et thérapeutique des carcinomes épidermoïdes cutanés, les pratiques chirurgicales en cancérologie digestive.

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 en direction des patients (voir 3.3). À la fin 2010, 17 guides ALD pour les médecins sont publiés concernant les localisations suivantes : 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 central²⁷. Un programme d'implémentation de ces guides est engagé au sein des bases de données médicaments utilisées par les médecins généralistes (Vidal, Claude Bernard, Thériaque, Thésorimed).

► **FAIT MARQUANT 2010** : 5 recommandations de prise en charge spécialisée des cancers et 17 guides ALD pour les médecins publiés à la fin 2010 (HAS-INCa).

- Le Plan cancer 2009-2013 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**. Le contenu minimal du programme personnalisé de soins (PPS), outil majeur du parcours de soins dès l'annonce, a été actualisé avec les représentants de patients et publié en juin 2010.

Une expérimentation des **parcours personnalisés des patients pendant et après le cancer**, conduite par la DGOS et l'INCa, a débuté en septembre 2010 dans 35 sites pilotes, établissements de santé en partenariat avec les acteurs de proximité, en vue de définir les conditions du déploiement de la surveillance avec les médecins traitants pendant et après le

²⁶ Réseaux régionaux de cancérologie et maîtrises d'ouvrage régionales soutenues par les ARS

²⁷ Voir partie II du rapport (fiche mesure 18).

cancer. Elle inclut également la mise en place du volet social de l'accompagnement et la définition d'un programme personnalisé de l'après-cancer (voir 3.4).

► **FAIT MARQUANT 2010** : Démarrage de l'expérimentation dans 35 sites pilotes pour évaluer la mise en œuvre du programme personnalisé de soins (PPS), du programme personnalisé de l'après-cancer (PPAC) ainsi que le rôle des infirmiers coordonnateurs de soins (DGOS-INCa).

- **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 comité national de suivi de la radiothérapie a rendu public son troisième rapport d'étape en septembre 2010. Quarante nouveaux centres de radiothérapie ont fait l'objet d'un accompagnement financier à travers des actions de formation et d'appui conseil sur sites. Le rapport de l'Observatoire national de la radiothérapie publié en novembre 2010 présente l'évolution des équipements, de l'activité et des ressources humaines dans les centres de radiothérapie, ainsi qu'un bilan des pratiques mises en œuvre en termes de qualité et de sécurité.

► **FAIT MARQUANT 2010** : 7,9 millions d'euros délégués en 2010 pour soutenir le recrutement de personnels en particulier radiophysiciens médicaux (création de postes, équipes mutualisées), dosimétristes et qualitiens (MIGAC) dans les centres de radiothérapie afin de mettre en place les obligations réglementaires (critères d'agrément INCa et référentiel de l'Autorité sûreté nucléaire) et de pérenniser les démarches qualité déjà entreprises.

- **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). À l'issue des travaux menés avec les sociétés savantes et l'InVS, le catalogue des comptes-rendus d'anatomocytopathologie a été publié en 2009, couvrant 21 localisations tumorales et 85 % des nouveaux cas de cancer. À la suite de l'appel à projets lancé pour améliorer l'intégration des pathologistes au sein des plateformes qui réalisent les analyses moléculaires des cancers, 17 projets ont été retenus en 2009 pour un montant total de 3,2 M€. La double lecture des cancers rares et des lymphomes a été lancée dans le cadre de la labellisation des centres de référence pour les cancers rares (voir 3.2).

3.2. 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 moléculaire²⁸.

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). Les 7 référentiels ont été mis à jour en 2010. L'actualisation prend en particulier en compte l'arrêté ministériel du 15 février 2010, pour la première fois, 5 molécules de la liste en sus. Une nouvelle molécule innovante anticancéreuse a été intégrée dans la liste en 2010. **L'utilisation des molécules de chimiothérapie** poursuit un développement rapide dans le secteur hospitalier, en corollaire de l'augmentation des patients traités par chimiothérapie (+ 24 % en 5 ans)²⁹. La circulaire DSS/DGOS du 12 novembre 2010 portant sur la mise en œuvre des dispositions relatives à la maîtrise des produits de santé des listes en sus précise les actions locales à conduire en 2010 et 2011 par les agences régionales de santé en application du dispositif de régulation pour maintenir l'accessibilité des patients à l'innovation tout en favorisant le respect du bon usage.

L'accès aux nouvelles thérapies ciblées pour les malades atteints de cancer nécessite **la réalisation de tests moléculaires pour identifier les patients répondant aux indications** (voir 1.2). Afin de permettre la réalisation de ces tests sans contrepartie financière, un soutien financier important est alloué aux 28 plateformes de génétique moléculaire des cancers réparties sur l'ensemble du territoire. Ce financement a permis la réalisation des tests pour les malades atteints de cancer colorectal métastaté (plus de 30 000 tests réalisés en 2009 et 2010³⁰) et des tests pour les malades atteints de cancer du poumon (près de 15 000 tests réalisés en 2010³¹). Un nouveau programme de déploiement des plateformes est engagé permettant la détection en routine d'une série de biomarqueurs émergents pour les cancers du poumon, colorectaux et les mélanomes, afin d'anticiper l'arrivée de nouvelles thérapies ciblées en cours de développement clinique.

- 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 élevée³². Cet objectif, intégré dans le guide des schémas régionaux de l'organisation des soins en cours de finalisation, sera inscrit dans les orientations des régions pour l'élaboration de leur SROS. Par ailleurs, l'étude engagée en 2010 par la DGOS, l'INCa et la Société française de radiologie pour mieux apprécier les délais d'accès aux examens IRM pour des patients atteints de cancer, renouvelée chaque année jusqu'en 2013, permettra de suivre sur la durée du Plan leur évolution en fonction de l'offre et de l'actualisation des indications.

²⁸ Voir partie II du rapport (fiche mesure 21)

²⁹ Voir rapport relatif à la situation de la chimiothérapie des cancers – INCa, octobre 2010

³⁰ Tests KRAS (*Kirsten Rat Sarcoma virus*).

³¹ Tests EGFR (*Epidermal Growth Factor Receptor*).

³² Voir partie II du rapport (fiche mesure 21).

- À l'issue de la procédure d'identification des organisations hospitalières interrégionales de recours en **oncologie pédiatrique**, 7 organisations ont été retenues. Le rapport sur l'offre de soins en cancérologie pédiatrique, publié en 2010, dresse l'état des lieux de la situation des centres spécialisés au regard des critères d'autorisation. Un séminaire s'est tenu le 30 novembre 2010 sur le thème « progresser dans la prise en charge des adolescents et jeunes adultes atteints de cancer », réunissant l'ensemble des acteurs impliqués - professionnels de santé, travailleurs sociaux, associations - qui a permis de faire émerger des pistes pour construire le programme d'actions spécifiques prévu par le Plan cancer intégrant la prise en charge thérapeutique et l'accompagnement psychologique et social. La plateforme d'observation des cancers de l'enfant (projet HOPE) a par ailleurs bénéficié d'un soutien financier. Plus de 10 000 unités de sang de cordon ont été inscrites sur le registre français de sang placentaire entre 2009 et novembre 2010, traduisant l'impact important de la structuration menée par l'agence de biomédecine, l'objectif fixé par le Plan cancer étant d'atteindre 12.000 unités d'ici 2013³³.
- Afin de répondre aux enjeux diagnostiques et thérapeutiques posés par les cancers rares, deux appels à projets, l'un en 2009, l'autre en 2010, ont permis d'identifier des **centres experts nationaux de référence pour 15 pathologies cancéreuses rares de l'adulte**.
- **L'organisation en oncogériatrie** est en cours d'évolution, s'appuyant sur le rapport d'expertise de 2009 et sur le bilan mené début 2010 auprès des unités pilotes d'oncogériatrie. Des unités de coordination en oncogériatrie seront identifiées en 2011 sur l'ensemble du territoire, au terme d'un appel à projets, et financés par le PLFSS. Elles auront pour mission de contribuer au développement de la recherche clinique chez les personnes âgées et de soutenir en particulier la formation en particulier des équipes mobiles de gériatrie.

3.3. Permettre aux personnes atteintes de devenir acteurs du système de soins



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 du système de soins, le Plan cancer fixe l'objectif de leur rendre accessible une information de référence sur les cancers³⁴.

- **La plateforme d'information Cancer info**, développée par l'INCa et la Ligue nationale contre le cancer, a vocation à constituer un point de repère dans un environnement informationnel parfois confus et un outil au service de la relation médecin-patients. Cancer info a pour finalité d'améliorer la compréhension par les patients de leur maladie et de ses traitements et de contribuer ainsi à renforcer la qualité de leur prise en charge. La plateforme repose sur trois vecteurs d'accès : un site internet, une ligne téléphonique et des guides d'information.

La rubrique internet Cancer info a été mise en ligne en novembre 2009 sur le site e-cancer.fr. La collection des guides Cancer info a connu un fort développement et compte 20 références à la fin 2010, dont 13 nouveaux guides publiés en 2009-2010 : par type de cancers (ovaire, prostate, peau, rectum, tumeurs du cerveau, polypose adénomateuse familiale), sur les traitements (radiothérapie, chimiothérapie, traitements des cancers du poumon, du côlon), thématiques (Mon enfant a un cancer, Guide des démarches sociales, Chute de cheveux). Des dispositifs d'information des patients utilisant la plateforme Cancer info sont mis en place dans les centres de radiothérapie (espaces Cancer info).

► **FAIT MARQUANT 2010** : Progression forte de la diffusion des guides Cancer info : 68 460 guides commandés en 2009, 253 000 guides commandés en 2010.

³³ Voir partie II du rapport (fiche mesure 23).

³⁴ Voir partie II du rapport (fiche mesure 19).

- 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)³⁵, ces documents d'information sont remis aux patients par leur médecin traitant. 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. 11 guides patients sont publiés à la fin 2010, avec l'objectif de couvrir les 25 localisations les plus fréquentes d'ici 2013 ; ils concernent les localisations suivantes : colorectal, mélanome cutané, poumon, col de l'utérus, ovaire, sein, thyroïde, voies aérodigestives supérieures, prostate, vessie, rein.

► **FAIT MARQUANT 2010** : Lancement de la nouvelle série des guides ALD destinés aux patients, avec 11 guides ALD patients publiés à la fin 2010 (HAS-INCa).

3.4. 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. 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. 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.

► **FAIT MARQUANT 2010** : Publication des projections de survie des personnes atteintes de cancer. 50 % des patients avec un diagnostic de cancer seront vivants après 5 ans et 38 % seront guéris, avec des pronostics différenciés selon les types de cancer et le stade de la maladie au moment du diagnostic.

Une **journée scientifique consacrée aux recherches sur l'évaluation de la qualité de vie des patients atteints de cancer** s'est tenue le 1^{er} juin 2010 avec plus de 110 participants. Elle a permis de dresser un état des lieux des recherches sur ce sujet en France, de discuter de ses enjeux dans la pratique clinique et en santé publique, de présenter les débats actuels sur la question dans la littérature internationale ainsi que des résultats de recherches récentes financées dans le cadre d'appels à projets.

³⁵ Voir partie II du rapport (fiche mesure 18).

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

La Ligue nationale contre le cancer a réalisé une enquête auprès de 565 médecins généralistes afin de connaître leurs attentes, leurs conditions d'exercice par rapport aux personnes atteintes de cancer et appréhender les difficultés auxquelles ils sont confrontés face au corps médical, aux patients et aux institutions. Les résultats ont été présentés à l'occasion de la première « Rencontre des médecins généralistes face au cancer » qui s'est tenue en octobre 2010.

L'expérimentation des parcours personnalisés des patients pendant et après le cancer, engagée en septembre 2010 dans 35 sites pilotes (voir 3.1), s'inscrit dans le cadre des deux priorités nouvelles fixées par le Plan cancer 2009-2013 : la personnalisation du parcours de soins et la vie après le cancer. En articulation avec la mise en œuvre du programme de soins (PPS) facilité par les infirmiers coordonnateurs hospitaliers, deux autres actions devront être conjointement 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)**, conduit avec et par les médecins traitants. Les sites pilotes seront soutenus et accompagnés sur une durée d'un an pour définir les conditions de la généralisation de la coordination des soins et de la surveillance avec les médecins traitants et de l'accompagnement social.

► **FAIT MARQUANT 2010** : trente-cinq sites pilotes soutenus et accompagnés pour expérimenter la mise en place du volet social de l'accompagnement et des parcours personnalisés pendant et après le cancer.

- **Pour améliorer l'accompagnement social des personnes pendant et après le cancer**, une grille de détection des fragilités sociales élaborée avec les assistantes sociales des sites pilotes, en liaison avec la DGCS, sera testée en 2011. Le guide des démarches sociales a été publié dans le cadre de la nouvelle collection des « guides Cancer info » lancée en 2009 pour l'information du public et des personnes malades (voir 3.3). 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 cancer³⁶.
- Une action spécifique coordonnée par la CNSA sera conduite en 2011, dans le cadre de l'expérimentation des parcours personnalisés, avec plusieurs Maisons départementales des personnes handicapées pour déterminer à partir de situations individuelles les pratiques permettant **une meilleure prise en compte des situations de handicap ou de perte d'autonomie liées au cancer**³⁷.
- La disponibilité des **hébergements à proximité des lieux de prise en charge médicale** sera encouragée *via* un appel à projets en préparation par l'INCa avec la Ligue nationale contre le cancer, qui sera lancé en 2011. 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.
- Pour améliorer l'accès aux assurances et au crédit des personnes présentant un risque aggravé de santé, **le renouvellement de la convention AERAS** est en voie de finalisation à l'issue des négociations menées entre les associations et les représentants des banques et assurances. Les avancées portent sur l'information des bénéficiaires, les questionnaires de santé, les situations stabilisées ou en voie de stabilisation, l'écrêtement des surprimes, ainsi que le contrôle de l'effectivité de la convention. Les travaux complémentaires sur la prise en compte du risque invalidité, à la demande des associations, ont débouché sur de nouvelles propositions formulées par la Fédération française des sociétés d'assurance, qui devraient permettre la signature de la convention début 2011.

³⁶ Voir partie II du rapport (fiche mesure 26).

³⁷ Voir partie II du rapport (fiche mesure 27).



Partie II

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

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

Axe 1 : Recherche

Axe 2 : Observation

Axe 3 : Prévention et dépistage

Axe 4 : Soins

Axe 5 : Vivre pendant et après le cancer

- Exécution budgétaire détaillée

Indicateurs des 6 mesures "phare"

► Mesure 1 : Renforcer les moyens de la recherche pluridisciplinaire

Indicateurs de résultats	valeur active	date de valeur	valeur cible à 2013	Commentaire
Nombre de sites de recherche intégrée sur le cancer labellisés	0	01/12/2010	5	évaluation des projets soumis en 2011
Taux d'évolution du nombre d'inclusions dans les essais cliniques (p/2008)	29 %	30/06/2010	50 %	28 200 patients inclus en 2009 21 750 patients inclus en 2008

► Mesure 3 : Caractériser les risques environnementaux et comportementaux

Indicateurs de résultats	valeur active	date de valeur	valeur cible à 2013	Commentaire
Part du budget de recherche sur les risques environnementaux et comportementaux	7 %	08/12/2010	15 %	18 projets retenus en 2009
	4 %	31/12/2009		11 projets retenus en 2009
Nombre de programmes de séquençage complet initiés par la France	2	25/05/2010	-	programmes cancer du foie et cancer du sein

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

Indicateurs de résultats	valeur active	date de valeur	valeur cible à 2013	Commentaire
Attractivité du portail données du cancer (nombre de connections)	0	01/06/2010	-	une première version du portail sera ouverte en 2011

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

Indicateurs de résultats	valeur active	date de valeur	valeur cible à 2013	Commentaire
Taux de participation au dépistage organisé du cancer du sein	53 %	06/04/2010	65%	taux de participation pour l'année 2009 délivré par l'InVS
	52%	31/03/2009		taux de participation pour l'année 2008 délivré par l'InVS
Taux de participation au dépistage organisé du cancer colorectal	37 %	31/03/2010	60 %	source InVS. taux calculé du 1.1.2007 et le 31.12.2008 dans 18 dépts
	42 %	31/01/2009		source InVS. taux calculé au 1.1.2007 dans 23 départements
Part des départements ayant un taux de participation au dépistage organisé cancer du sein < 50 %	21%	06/04/2010	0 %	année 2009
	21%	31/01/2009		année 2008

► **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	17 %	31/12/2009	80 %	données de remise du PPS issues des tableaux de bord des RRC au 31/12/2009
Personnalisé de Soins	10 %	31/12/2008		données de remise du PPS issues des tableaux de bord des RRC au 31/12/2008

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

Indicateurs de résultats	valeur active	date de valeur	valeur cible à 2013	Commentaire
Taux de couverture du Programme personnalisé de l'Après Cancer (PPAC)	0 %	01/06/2010	50 %	l'action démarrera à compter de 2011 dans le cadre de l'AAP lancé en 2010

Synthèse de l'exécution budgétaire du Plan

Le bilan de l'exécution budgétaire 2010 sera produit en mars 2011

Financier	Budget sur la totalité du plan	dont Budget 2009	Réalisé 2009	Tx Exéc. 2009
CNSA	6 400 000 €	0 €		
DGCS	3 800 000 €	0 €		
DGS	205 318 000 €	38 158 000 €	38 072 307 €	99,8 %
DGT	175 000 €	25 000 €		
INCa	388 265 000 €	53 101 000 €	47 454 846 €	89,4 %
INPES	63 900 000 €	12 780 000 €	8 894 000 €	69,6 %
InVS	23 298 000 €	3 144 000 €	2 718 000 €	86,5 %
MESR	6 285 000 €	0 €		
PLFSS (DGOS)	682 848 000 €	48 378 000 €	49 878 600 €	103,1 %
PLFSS (FICQS)	1 900 000 €	0 €		
PLFSS (FNPEIS)	563 400 000 €	87 000 000 €	90 300 000 €	103,8 %
TOTAL	1 945 589 000 €	242 586 000 €	237 317 753 €	97,8 %

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

			Etat courant	2010				2011				2012				2013			
				T2	T3	T4		T1	T2	T3	T4	T1	T2	T3	T4	T1	T2	T3	T4
1	Renforcer les moyens de la recherche pluridisciplinaire	1.1	planning respecté																
		1.2	planning respecté																
		1.3	planning respecté																
		1.4	planning respecté																
		1.5	retard mineur																
2	Comprendre par la recherche les inégalités face au cancer pour les réduire	2.1	planning respecté																
		2.2	planning respecté																
3	Caractériser les risques environnementaux et comportementaux.	3.1	planning respecté																
		3.2	planning respecté																
		3.3	planning respecté																
		3.4	planning respecté																
		3.5	planning respecté																
		3.6	retard mineur	/	/														
4	Dynamiser la recherche clinique.	4.1	planning respecté																
		4.2	planning respecté																
		4.3	planning respecté																
		4.4	planning respecté																
		4.5	planning respecté																
		4.6	planning respecté																
		4.7	planning respecté																
5	Faire de la France une référence internationale.	5.1	planning respecté																
		5.2	planning respecté																
		5.3	planning respecté																
		5.4	planning respecté																
		5.5	planning respecté																
		5.6	planning respecté																
6	Produire et communiquer des informations sur le cancer et la cancérologie	6.1	planning respecté																
		6.2	planning respecté																
		6.3	planning respecté																
		6.4	planning respecté																
		6.5	planning respecté																
7	Optimiser et développer le système de surveillance.	7.1	planning respecté																
		7.2	planning respecté																

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

2/4

			Etat courant	2010				2011				2012				2013			
				12	13	14		11	12	13	14	11	12	13	14	11	12	13	14
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	planning respecté																
		10.2	planning respecté																
		10.3	planning respecté																
		10.4	planning respecté																
		10.5	planning respecté																
11	Promouvoir des actions de prévention sur l'alimentation et l'activ. physique	11.1	planning respecté																
		11.2	planning respecté	/	/														
		11.3	planning respecté																
		11.4	planning respecté																
		11.5	planning respecté																
		11.6	retard mineur																
		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	planning respecté																
		13.2	planning respecté																
		13.3	planning respecté	/															
		13.4	planning respecté	/															
14	Lutter contre les inégalités d'accès et de recours au dépistage	14.1	planning respecté																
		14.2	planning respecté																
		14.3	non commencé	/	/	/													
15	Améliorer la structuration des programmes nationaux de dépistage organisé	15.1	planning respecté																
		15.2	planning respecté																

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

			Etat courant	2010			2011				2012				2013			
				T2	T3	T4	T1	T2	T3	T4	T1	T2	T3	T4	T1	T2	T3	T4
16	Impliquer le médecin traitant dans les programmes nationaux de dépistage	16.1	planning respecté															
		16.2	retard mineur															
		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	retard mineur															
		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			
				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	planning respecté																
		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	planning respecté																
26	Se doter des moyens et outils nécessaires pour l'accomp. social personnalisé	26.1	planning respecté	/															
		26.2	planning respecté																
		26.3	non commencé	/	/	/													
		26.4	planning respecté	/	/														
27	Améliorer les réponses aux situations de handicap ou perte d'autonomie	27.1	planning respecté																
		27.2	non commencé			/													
28	Améliorer l'accès des personnes malades et guéries aux assurances et crédit	28.1	planning respecté																
29	Lever les obstacles à la réinsertion professionnelle des pers. atteintes	29.1	retard majeur																
		29.2	non commencé	/	/	/													
		29.3	non commencé	/	/	/													
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	Taux d'exécution	Cible fin 2009	Cible fin 2010
INCa	39 132 000 €	4 178 636 €	10,7 %	8,6 %	23,6 %
PLFSS (DGOS)	30 100 000 €	1 625 600 €	5,4 %	5,3 %	15,9 %
Total	69 232 000 €	5 804 236 €	8,4 %	7,2 %	20,3 %

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
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	Etablir des partenariats de recherche et développement entre les laboratoires internationaux et les acteurs de la recherche en cancérologie fédérés dans l'ITMO Cancer (LIR-G5-LEEM).	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 dvlpt éco	retard mineur															

Commentaire Global sur la mesure 1 :

Les actions de la mesure 1 poursuivent leur avancement.

Le cahier des charges des SIRIC a été publié le 2 juillet 2010. 12 dossiers de candidatures ont été reçus le 10 décembre 2010. Les dossiers sont évalués par un comité d'experts internationaux qui se réunira durant le premier trimestre 2011 et auditionnera l'ensemble des porteurs de projets.

16 centres d'essais cliniques de phases précoces ont été labellisés en octobre 2010 à l'issue de l'appel à candidatures.

L'AAP 2011 de recherche translationnelle publié début octobre 2010 a donné lieu à 116 lettres d'intention dont 51 ont été retenues lors du comité d'évaluation du 26 novembre 2010. L'AAP de formation à la recherche translationnelle a donné lieu à 36 candidatures qui seront examinées le 3 mars 2011.

Les écoles nationales vétérinaires ont été mobilisées pour la mise en place de projets de recherche fédérateurs afin de développer de nouveaux modèles précliniques dédiés aux nouvelles thérapies; ces projets seront soumis aux AAP 2011 de l'INCa.

Les modalités de partenariat entre l'INCa et les structures de valorisation sont en cours d'élaboration, ce qui explique que l'action 1.5 n'ait pu être engagée en 2010.

Indicateurs de résultats de la mesure 1 :

Libellés indicateurs	Valeurs	Dates de valeurs	Commentaire _
Nombre de nouveaux projets de recherche translationnelle financés (AAP)	16	28/05/2010	
	24	29/05/2009	
Nombre de nouveaux projets de recherche translationnelle soumis à l'AAP	116	07/12/2010	
	83	30/05/2010	
	146	29/05/2009	
Nombre de sites de recherche intégrée labellisés (SIRIC)	0	01/12/2010	Publication du cahier des charges des SIRIC le 2 juillet 2010. Retour des candidatures le 10 décembre 2010. Evaluation en 2011.



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	Taux d'exécution	Cible fin 2009	Cible fin 2010
INCa	9 511 000 €	841 189 €	8,8 %	4,4 %	14,6 %
Total	9 511 000 €	841 189 €	8,8 %	4,4 %	14,6 %

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
2.1	Développer des AAP récurrents de recherche pour comprendre les déterminants des inégalités face au cancer et évaluer les actions de santé publique permettant de les réduire	planning respecté															
2.2	Mobiliser les cancéropôles pour animer et développer des progr. de recherche sur les déterminants géograph. des inégalités avec les acteurs scientifiques, de santé publique et de santé.	planning respecté															

Commentaire Global sur la mesure 2 :

Les actions de la mesure 2 suivent un calendrier conforme au Plan.

La mobilisation engagée depuis 2009 auprès de la communauté scientifique des domaines des sciences humaines et sociales, de l'épidémiologie et de la santé publique s'est traduite par un doublement du nombre de projets de recherche soumis aux appels à projets de l'INCa.

En 2010, le soutien global à ces disciplines de recherche a doublé par comparaison à 2009. Un tiers des projets sélectionnés concerne la question des inégalités face au cancer.

Le colloque organisé sur cette thématique par l'INCa en octobre 2010 a réuni 150 personnes et permis de faire le point sur les attentes mais aussi les difficultés de la mise en place de recherches interventionnelles. Les cancéropôles se mobilisent pour animer cette nouvelle thématique dans leur régions.

Indicateurs de résultats de la mesure 2 :

Libellés indicateurs	Valeurs	Dates de valeurs	Commentaire _
Nombre de nouveaux projets de recherche financés sur les inégalités de santé	9	15/09/2010	tous au PL SP
	8	29/04/2010	<i>tous du PL SP pour 1 482 483 euros</i>
	4	31/12/2009	<i>dont 3 EPI et 1 SHS pour 412 277 euros</i>
	2	31/12/2008	<i>dont 1 SHS et 1 avec la MILDT pour 121.120 euros</i>
Nombre de projets de recherche sur les inégalités de santé reçus	29	15/09/2010	dont 27 au PL SP 2010 et 2 au PAIR prostate
	26	29/04/2010	<i>dont 24 PL SP10 et 2 PAIR Prostate</i>
	8	31/12/2009	<i>dont 5 EPI, 2 SHS et 1 PHRC</i>
	12	31/12/2008	<i>dont 6 en SHS et 1 en Epidémiologie, 3 au PHRC, 1 pour sur le lymphome, 1 avec la MILDT</i>
Nombre d'équipes de recherche financées sur des projets inégalités de santé	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	Taux d'exécution	Cible fin 2009	Cible fin 2010
INCa	30 221 000 €	2 853 945 €	9,4 %	1,9 %	11,1 %
Total	30 221 000 €	2 853 945 €	9,4 %	1,9 %	11,1 %

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

Commentaire Global sur la mesure 3 :

Le renforcement du soutien aux recherches portant sur les facteurs de risques individuels et environnementaux face aux cancers s'est traduit par la sélection de 6 nouveaux projets de recherche aux appels à projet de l'INCa et par le financement de 5 projets de recherche et 3 études de faisabilité évalués dans le cadre du programme géré par l'ANSES.

L'appel à projet en santé publique et recherche en sc humaines et sociales lancé en oct. 2010 pour 2011 s'attache à identifier les risques environnementaux et comportementaux (INCa). Le colloque international sur la question des risques environnementaux et comportementaux face aux cancers, piloté par l'ANSES, est en préparation pour 2011 en collaboration avec l'INCa.

Trois cohortes (E3N, Nutrinet, Constances) ayant trait au cancer et faisant partie des très grandes infrastructures de recherche (pilotage IReSP et Institut de Santé Publique) sont soutenues financièrement par l'INCa. Nutrinet continue de recruter régulièrement : au 8/10/2010, plus de 159.000 personnes sont inscrites ; mais les données ne sont encore disponibles sur la prévalence ni sur la mortalité. La cohorte E3N, qui fête ses 20 ans, a recruté plus de 98.000 femmes, permettant des projections d'incidence ou des études étiologiques (financement des prélèvements salivaires pour disposer de l'ADN des sujets).

Le développement des coopérations entre agences de recherche s'inscrit dans un cadre conventionnel en cours d'élaboration ; c'est pourquoi la collaboration entre l'INCa et l'ANR sur la biologie des systèmes n'a pas été engagée en 2010 (action 3.6).

Indicateurs de résultats de la mesure 3 :

Libellés indicateurs	Valeurs	Dates de valeurs	Commentaire _
Nb nvx projets de recherche financés sur risques environnement et comportement	18	08/12/2010	18 projets retenus en 2010
	11	31/12/2009	11 projets retenus en 2009 (3 PLEPI, 3 CHC, 3 MILDT, 2 buccal)
Nb projets de recherche reçus sur les risques environnement et comportement	64	08/12/2010	projets déposés sur l'année 2010
	29	28/05/2010	15 SP, 8 PHRC, 3 BIO, 3 Prostate
	27	31/12/2009	9 PLEPI, 5 CHC, 4 PLBIO, 3 PHRC, 3 MILDT, 2 Buccal, 1 SHS
	26	31/12/2008	Dont 8 PL EPI, 8 PHRC, 4 MILDT, 1 SHS, 5 autres
Part du budget de recherche sur les risques environnementaux et comportementaux	7%	08/12/2010	3,7 M euros pour les 18 projets retenus en 2010 (donnée provisoire : sur total budgété de 60,6 M pour la recherche)
	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	Taux d'exécution	Cible fin 2009	Cible fin 2010
INCa	4 225 000 €	1 054 675 €	25,0 %	14,6 %	31,0 %
PLFSS (DGOS)	97 243 000 €	18 503 000 €	19,0 %	17,0 %	35,6 %
Total	101 468 000 €	19 557 675 €	19,3 %	16,9 %	35,4 %

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
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).	planning respecté															
4.4	Organiser le recueil d'informations entre les agences et les opérateurs de la recherche clinique et les rendre publiques.	planning respecté															
4.5	Soutenir les recherches portant sur la qualité de vie des patients pendant le cancer et après la maladie.	planning respecté															
4.6	Développer la coopération internationale dans les essais cliniques.	planning respecté															
4.7	Diffuser de manière régulière les informations relatives aux progrès de la recherche contre le cancer (cf. mesure 6).	planning respecté															

Commentaire Global sur la mesure 4 :

L'avancement des projets PHRC et STIC financés est largement réalisé avec les promoteurs de ces projets. Le dénombrement des inclusions dans les essais cliniques en 2009 est réalisé. Les promoteurs institutionnels et industriels ont donné leur accord pour la relecture de leurs protocoles d'essais cliniques par les comités de patients de la LNCC. Le recueil d'informations sur les essais cliniques entre l'INCa, l'Afssaps, le site du Cengeps est opérationnel, en cours avec le SIGREC. S'agissant du développement de la coopération internationale dans les essais cliniques, une collecte et analyse préliminaire des données disponibles sur le registre de l'INCa a été effectuée, en vue de faire un point sur l'existant (action 4.6).

Indicateurs de résultats de la mesure 4 :

Libellés indicateurs	Valeurs	Dates de valeurs	Commentaire _
Nombre de nouveaux projets de recherche clinique financés	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	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%	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)	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	Taux d'exécution	Cible fin 2009	Cible fin 2010
INCa	152 855 000 €	19 927 811 €	13,0 %	19,9 %	38,9 %
Total	152 855 000 €	19 927 811 €	13,0 %	19,9 %	38,9 %

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
5.1	Elaborer les modifications de structuration nécessaires à l'harmonisation de la program.et du financ. des recherches sur le cancer et établir une concertation annuelle avec les partenaires	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 :

L'ensemble de la mesure progresse. Afin de définir de façon concertée la programmation de la recherche contre le cancer, les orientations stratégiques communes à l'Aviesan et à l'INCa ont été établies ; elles ont été validées par le conseil scientifique international et sont soumises au conseil d'administration de l'INCa (17 décembre 2010).

La labellisation des cancéropôles interviendra début 2011 suite au dépôt des candidatures répondant au cahier des charges publié. Dans le cadre de l'ICGC, les deux programmes de génomique du cancer se poursuivent (foie, sein), un troisième est à l'étude en vue d'un démarrage en 2011 (prostate).

Un accord a été signé par l'IRD définissant une stratégie commune et une première étude devrait être initiée en Thaïlande sur les cancers du col de l'utérus. Un accord a également été signé avec l'INCTR pour le déploiement d'un réseau de télépathologie en Afrique de l'Ouest pour le soutien au diagnostic ; des visites de sites sont programmées. De nouvelles modalités de fonctionnement du Réseau Cancer de Coopération Internationale ont été adoptées permettant une redynamisation de cette plateforme. Enfin un dossier de candidature a été déposé auprès des instances européennes avec des partenaires italiens et serbes pour une assistance au programme national de dépistage en Serbie.

Une méthodologie est définie pour mesurer la productivité scientifique dans le domaine du cancer et son évolution, au moyen d'indicateurs de bibliométrie comparatifs.

Indicateurs de résultats de la mesure 5 :

Libellés indicateurs	Valeurs	Dates de valeurs	Commentaire _
Nombre d'actions impliquant l'INCa dans des programmes de coopération	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	2	26/05/2010	Le programme cancer du foie et cancer du sein sont engagés. 7 couples ont été séquencés 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	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	Taux d'exécution	Cible fin 2009	Cible fin 2010
INCa	2 480 000 €	101 542 €	4,1 %	10,2 %	40,1 %
INPES	300 000 €	0 €	0,0 %	50,0 %	50,0 %
Total	2 780 000 €	101 542 €	3,7 %	14,5 %	41,2 %

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	
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																

Commentaire Global sur la mesure 6 :

La version 2010 de la "Situation du cancer en France" est publiée depuis novembre ; le rapport comporte les données actualisées et un contenu enrichi (action 6.1). Une version « test » du Portail des données du cancer a été livrée fin 2010, suite à l'enquête de besoins et à l'étude des fonctionnalités, pour mise en production début 2011 accessible depuis e-cancer.fr (action 6.2). L'enquête de terrain relative au baromètre cancers s'est achevée à l'été 2010, les données sont en cours de livraison. Parallèlement, l'enquête barométrique « médecins traitants et dépistages des cancers » s'est achevée en novembre ; la synthèse est prévue en avril 2011. Enfin, la 3e vague de l'enquête barométrique « Les Français face aux dépistages des cancers » va prochainement être lancée (action 6.3).

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

L'enquête sur les conditions de vie des malades à distance du diagnostic des cancers (étude ALD2) est en préparation : contrat avec l'équipe de recherche en cours de signature ; élaboration du dossier Cnil, dont le projet de protocole, en voie de finalisation (action 6.5).

Indicateurs de résultats de la mesure 6 :

Libellés indicateurs	Valeurs	Dates de valeurs	Commentaire _
Attractivité du Portail des données du cancer (nombre de connections)	0	01/06/2010	Une première version du Portail sera ouverte en 2011



Mesure 7 : Optimiser et développer le système de surveillance.

Exécution budgétaire mesure 7 :

Financier	Budget total de la mesure	Réalisé 2009	Taux d'exécution	Cible fin 2009	Cible fin 2010
INCa	19 453 000 €	3 330 578 €	17,1 %	16,6 %	34,7 %
InVS	20 568 000 €	2 718 000 €	13,2 %	15,3 %	34,0 %
Total	40 021 000 €	6 048 578 €	15,1 %	15,9 %	34,4 %

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 :

Le programme de travail des registres, acté entre l'InVS, FRANCIM, les HCL et l'INCa pour 2011-2013, sous pilotage de l'InVS, a été validé en décembre 2010 par l'InVS et l'INCa (action 7.1). Suite à l'audit sur les coûts de fonctionnement des registres réalisé fin 2009, l'InVS et l'INCa ont élaboré un financement type des registres généraux qui sera présenté début 2011 aux registres pour mise en application progressive. Les conventions signées avec les registres sont tripartites (InVS, INCa et registre), la gestion des conventions des registres généraux étant poursuivie par l'InVS et celle des registres spécialisés assurée par l'INCa. Des données projetées d'incidence et de mortalité sont produites annuellement et publiées pour 2009 et 2010. Des données actualisées de survie devraient être publiées en 2011.

Le système multisources en cancérologie (action 7.2) a fait l'objet d'une étude pilote sur les cancers de la thyroïde en 2009. Le comité de suivi a démarré en nov. 2010 et la sélection des localisations à étudier prioritairement est en cours de validation. Les items minimaux des comptes rendus d'anatomo-cytopathologie ont été publiés par l'INCa pour 21 localisations de cancers et la Société Française de Pathologie doit faire des propositions pour les autres localisations. L'ASIP a publié conjointement avec l'INCa en oct. 2010 le référentiel d'interopérabilité DMP/DCC pour les éditeurs de logiciels, permettant l'extraction des données. Enfin le décret relatif à la transmission de données individuelles par les professionnels de santé à l'InVS et au réseau national de santé publique est paru en août 2010.

Indicateurs de résultats de la mesure 7 :

Libellés indicateurs	Valeurs	Dates de valeurs	Commentaire _
Gain d'une année dans la publication des incidences observées	0	01/12/2010	mesure prévue pour 2011
Gain temporel dans la publication des survies	0	01/12/2010	mesure prévue pour 2011
Proportion de cancers couverts par le système bi-sources	0%	01/12/2010	système non mis en place à ce stade



Mesure 8 : Développer l'épidémiologie sociale des cancers.

Exécution budgétaire mesure 8 :

Financier	Budget total de la mesure	Réalisé 2009	Taux d'exécution	Cible fin 2009	Cible fin 2010
INCa	1 045 000 €	30 249 €	2,9 %	9,6 %	36,4 %
Total	1 045 000 €	30 249 €	2,9 %	9,6 %	36,4 %

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	
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 :

La saisine spécifique du HCSP sur les indicateurs des inégalités de santé dans le domaine du cancer est en cours. Des travaux relatifs à l'analyse des disparités socio-spatiales sont engagés. La convention de subvention du projet de recherche d'une équipe INSERM « 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 » a été signée en juin 2010. Un nouvel appel à projet conjoint de recherche en sciences humaines et sociales et en santé publique, intégrant l'analyse des disparités socio-spatiales, a été lancé au dernier trim. 2010.

Indicateurs de résultats de la mesure 8 :

Libellés indicateurs	Valeurs	Dates de valeurs	Commentaire _
Nombre de consultations des publications sur les disparités des cancers	11 325	30/11/2010	nombre de consultations du rapport "situation du cancer en 2009" entre novembre 2009 et novembre 2010

**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	Taux d'exécution	Cible fin 2009	Cible fin 2010
InVS	2 730 000 €			0,0 %	37,4 %
Total	2 730 000 €			0,0 %	37,4 %

Etat d'avancement des actions :

		Etat courant	2010			2011				2012				2013			
			T2	T3	T4	T1	T2	T3	T4	T1	T2	T3	T4	T1	T2	T3	T4
9.1	Rendre obligatoire la déclaration des mésothéliomes.	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 :

Les actions relatives à l'amélioration du recensement des cancers d'origine professionnelle et d'élaboration de recommandations de pratiques de surveillance des travailleurs exposés aux CMR sont pilotées par la DGT (cf. mesure 12).
 La mise en place de la déclaration obligatoire du mésothéliome est en cours. Le comité de pilotage a été constitué en oct. 2010. Le HCSP a émis un avis sur les modalités de la DO, en particulier le formulaire de déclaration. Une 1ère étude de faisabilité (test des procédures, du formulaire de la DO et des circuits d'information) est prévue début 2011. Cette phase pilote, prévue sur 6 mois, concerne 6 régions, 3 incluses dans le PNSM et 3 non incluses.
 Les études de cohorte et la surveillance des clusters se sont poursuivie en 2010, tant en population générale que dans le champ professionnel. Enfin 2 nouvelles matrices emplois-exposition viennent s'ajouter aux 6 matrices publiées en 2009.

Indicateurs de résultats de la mesure 9 :

Libellés indicateurs	Valeurs	Dates de valeurs	Commentaire _
Nombre de matrices emplois-expositions réalisées dans l'année	2	01/12/2010	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	<i>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).</i>
	0	28/05/2010	<i>données non communiquées</i>
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	<i>Déclaration obligatoire non encore en place A noter que le programme national de surveillance du mésothéliome a permis de recenser 2030 cas en 2006</i>

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	Taux d'exécution	Cible fin 2009	Cible fin 2010
DGS	8 000 €	8 000 €	100,0 %	100,0 %	100,0 %
INPES	49 900 000 €	6 804 000 €	13,6 %	20,0 %	40,0 %
PLFSS (FNPEIS)	171 400 000 €	15 500 000 €	9,0 %	11,7 %	24,5 %
Total	221 308 000 €	22 312 000 €	10,1 %	13,6 %	28,0 %

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

Commentaire Global sur la mesure 10 :

Les principales actions de la mesure 10 sont engagées. Notamment l'arrêté relatif aux avertissements graphiques sur les paquets de cigarettes et autres produits du tabac publié en avril 2010, sa mise en oeuvre étant fixée à avril 2011 pour les cigarettes et avril 2012 pour les autres produits.

Par ailleurs la nouvelle COG 2010-2013 entre l'Etat et la CNAMTS a retenu le triplement de la prise en charge des médicaments de sevrage du tabac chez les femmes enceintes et le bénéficiaires de la CMUC (de 50 à 150 euros), mesure qui devrait être applicable courant 2011.

En terme de données sur la consommation de tabac, le 2nd sem. 2010 a été marqué par la publication des 1ers résultats du baromètre santé de l'INPES sur le tabac. La prévalence quotidienne ou occasionnelle chez les 15-75 ans a augmenté de 4% en 2010 par rapport à 2005. Cette hausse est particulièrement forte chez les femmes de 45 à 64 ans (de 16% en 2005 à 22,5 % en 2010). Il s'agit de la première hausse du tabagisme chez les femmes depuis la Loi Evvin. Avec 33,6 % de fumeurs en 2010, la France est encore loin de l'objectif général du Plan cancer ciblant une réduction de la prévalence du tabagisme de 30% à 20%.

Indicateurs de résultats de la mesure 10

Libellés indicateurs	Valeurs	Dates de valeurs	Commentaire _
Prévalence du tabagisme chez les 15-19 ans	32%	01/12/2010	D'après les 1ers résultats du baromètre santé 2010. Hausse non significative par rapport à 2005.
	31%	01/01/2008	<i>D'après le baromètre santé 2005 (publié en 2008), 31% des 15-19 ans consomment du tabac quotidiennement ou occasionnellement.</i>
Prévalence du tabagisme chez les femmes enceintes	24%	01/12/2010	pas d'évolution significative entre 2005 et 2010, compte tenu des faibles effectifs interrogés (284 femmes en 2010, 259 en 2005)
	21%	01/01/2008	<i>source : baromètre santé 2005 (publié en 2008). Taux à interpréter avec précaution compte tenu de l'effectif : 259 femmes interrogées.</i>
Prévalence du tabagisme chez les personnes bénéficiaires de la CMU	36%	31/12/2008	source : baromètre nutrition 2008. A interpréter avec précaution : enquête téléphonique sur postes fixes (portables plus utilisés par les pers. bénéficiaires de la CMU)
Prévalence du tabagisme (population générale)	33%	01/12/2010	D'après les 1ers résultats du baromètre santé 2010, 33,4% des 15-75 ans consomment quotidiennement ou occasionnellement du tabac, soit une hausse de 4% par rapport à 2005.
	29,70%	31/12/2008	<i>en 2008, 29,7% des 15-75 ans consomment quotidiennement ou occasionnellement du tabac.</i>



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

Exécution budgétaire mesure 11 :

Financier	Budget total de la mesure	Réalisé 2009	Taux d'exécution	Cible fin 2009	Cible fin 2010
INCa	1 800 000 €	81 305 €	4,5 %	0,0 %	22,2 %
INPES	1 200 000 €	0 €	0,0 %	12,5 %	37,5 %
Total	3 000 000 €	81 305 €	2,7 %	5,0 %	28,3 %

Etat d'avancement des actions :

		Etat courant	2010			2011				2012				2013			
			T2	T3	T4	T1	T2	T3	T4	T1	T2	T3	T4	T1	T2	T3	T4
11.1	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.	planning respecté															
11.4	Améliorer la connaissance sur le risque nutritionnel et la prise en charge nutritionnelle des personnes atteintes de cancer.	planning respecté															
11.5	Préciser sur les contenants de boissons alcooliques la quantité d'alcool contenue afin de faciliter l'estimation de sa consommation.	planning respecté															
11.6	Renforcer les aides aux personnes en difficulté avec leur consommation d'alcool.	retard mineur															
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 :

Les actions de la mesure 11 sont engagées. Pour l'information des élus sur la nutrition, les travaux d'élaboration d'un support ont démarré fin 2010. 10 projets sur la nutrition ont été soutenus en 2010. Un appel à projets incluant les facteurs de risques nutritionnels dont l'activité physique a été lancé en oct. 2010 ; l'évaluation des projets se fera en avril 2011 (actions 11.2 et 11.4). Un guide sur l'activité physique pour la préparation à la retraite est en voie de finalisation par l'INPES (Plan Bien Vieillir) pour édition début 2011. L'indication des quantités d'alcool sur les contenants de boissons nécessite un support législatif, qui serait la future loi de santé publique.

Pour aider les personnes en difficulté avec leur consommation d'alcool, le site alcoolinfoservice.fr. a été lancé en 2010 (INPES). Le renforcement des moyens des CSAPA prévu en 2011 n'a pas été retenu au PLFSS 2011 ; le nouveau cabinet a été saisi par la DGS (action 11.6 affichant un retard). Les mesures prévues par la loi HPST pour limiter l'offre d'alcool ont été prises (11.7).

Indicateurs de résultats de la mesure 11 :

Libellés indicateurs	Valeurs	Dates de valeurs	Commentaire _
Nombre de projets financés par l'INCa sur les risques nutrition	10	07/12/2010	
	6	31/12/2009	<i>projets financés suite à des appels à projets INCa sur la thématique nutrition (mots clés: nutrition, alimentation, obésité, activité physique, alcool), pour l'année 2009</i>
Prévalence de la consommation quotidienne d'alcool	14%	31/12/2005	part des consommateurs quotidiens d'alcool (déclaré sur les 12 derniers mois) parmi les plus de 15 ans donnée du baromètre santé (publié tous les 5 ans)
Taux de perception des liens entre alimentation et cancer	72%	31/12/2008	part des personnes estimant que l'alimentation peut avoir un impact sur la survenue de cancer donnée du baromètre santé nutrition 2008 (tous les 5 ans)



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

Exécution budgétaire mesure 12 :

Financier	Budget total de la mesure	Réalisé 2009	Taux d'exécution	Cible fin 2009	Cible fin 2010
DGT	175 000 €			14,3 %	42,9 %
INCa	375 000 €	17 316 €	4,6 %	0,0 %	33,3 %
INPES	12 500 000 €	2 090 000 €	16,7 %	20,0 %	40,0 %
Total	13 050 000 €	2 107 316 €	16,1 %	19,3 %	39,8 %

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	
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	Elaborer pr les médecins du travail et médecins traitants des recommandations de bonnes pratiques pour améliorer la surveillance médicale des travailleurs exposés à des CMR.	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 :

2 campagnes de contrôles par l'Inspection du Travail se sont déroulées de juin à déc. 2010 sur la radioprotection et sur les risques chimiques. L'élaborat° des reco sur l'exposit° des travailleurs aux CMR pour les médecins du travail et traitants est engagée (HAS-INCa). L'appel à projets Santé publique INCa 2010 a retenu 1 projet d'expérimentation de consultations spécifiques cancers professionnels. Le décret sur la protection des travailleurs contre les risques liés aux rayonnements optiques artificiels a été publié le 2/7/2010. Une campagne d'information sur les risques liés aux UV réalisée en 2009 par l'INPES a été rééditée à l'été 2010. Sur saisine DGS, l'INCa a coordonné la synthèse de l'expertise et remis en mai 2010 un rapport d'analyse de risques et de recommandations d'actions visant la réduction des risques liés aux UV artificiels.

S'agissant de la prévention des risques liés au radon dans l'habitat, un décret d'application de la loi HPST encadrant les mesures, les diagnostics et les travaux est prévu en 2011. Un dispositif incitatif complet auprès des particuliers est en cours d'élaboration ; une expérimentation dans 3 agglos sera lancée lors d'un colloque co-organisé DGS-INCa envisagé fin 2011.

Indicateurs de résultats de la mesure 12

Libellés indicateurs	Valeurs	Dates de valeurs	Commentaire _
Nb recommandations de bonnes pratiques publiées par la HAS	0	01/12/2010	Mesure prévue en 2011
Nombre de cancers d'origine professionnelle recensés	2 003	01/01/2008	T0 : nombre de cancers d'origine professionnelle recensés en 2007
Taux de documents uniques d'évaluation des risques réalisés par les entreprises	60%	31/12/2009	pourcentage des entreprises ayant présenté le document unique obligatoire lors des contrôles effectués en 2009
Taux de fiches d'exposition aux risques réalisées par les entreprises	5%	31/12/2009	pourcentage de fiches d'exposition par salarié présentées par les entreprises lors des contrôles effectués en 2009



Mesure 13 : Prévenir les cancers d'origine infectieuse.

Exécution budgétaire mesure 13 :

Financier	Budget total de la mesure	Réalisé 2009	Taux d'exécution	Cible fin 2009	Cible fin 2010
INCa	1 300 000 €			0,0 %	30,8 %
Total	1 300 000 €			0,0 %	30,8 %

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	
13.1	Améliorer les taux de couverture vaccinale contre le HPV des jeunes filles de 14 ans.	planning respecté																
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	Elaborer des doc. d'info pr les médecins pour améliorer le dépistage de pers. présentant une infection chronique à Helicobacter pylori, à l'origine de certains cancers de l'appareil digestif.	planning respecté	/															
13.4	Favoriser la prévention par une détection précoce et la prise en charge des cancers chez les personnes vivant avec le VIH (PVVIH).	planning respecté	/															

Commentaire Global sur la mesure 13 :

L'année 2010 a été marquée par une campagne d'information sur les cancers du col détaillant l'intérêt du dépistage et de la protection apportée par la vaccination contre les infections à HPV.

Concernant les mesures du plan de lutte contre les hépatites virales B et C, le fibroscan (examen non invasif de fibroses hépatiques) a reçu un avis favorable de l'UNCAM pour son inscription à la CCAM en hépatogastroentérologie en nov. 2010. Le rapport du Pr Yéni (Prise en charge médicale des personnes vivant avec le VIH) paru en sept. 2010 décrit les risques de cancers auxquelles sont confrontées les PVVIH et recommande des actions de prévention ciblées. Ainsi, pour la lutte contre le tabagisme auprès des PVVIH, un appel à projet INCa a été lancé sur cette thématique en oct. 2010. D'autre part, la question du dépistage et de la prise en charge des lésions anales devrait faire l'objet de recommandations médicales établies avec les sociétés savantes concernées.

En 2011, des actions sont prévues pour évaluer le suivi des recommandations de la HAS par les médecins concernant le dépistage des personnes à risque de présenter une infection chronique à Helicobacter pylori et pour élaborer le cas échéant des documents d'informations adaptés en vue d'en améliorer l'application.

Indicateurs de résultats de la mesure 13

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



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

Exécution budgétaire mesure 14 :

Financier	Budget total de la mesure	Réalisé 2009	Taux d'exécution	Cible fin 2009	Cible fin 2010
DGS	1 300 000 €	0 €	0,0 %	38,5 %	53,8 %
INCa	27 650 000 €	7 163 998 €	25,9 %	9,8 %	27,3 %
Total	28 950 000 €	7 163 998 €	24,7 %	11,1 %	28,5 %

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
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	non commencé	/	/	/												

Commentaire Global sur la mesure 14 :

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

La dynamique de travail avec les ARS a été enclenchée par leur participation au séminaire national des programmes de dépistage organisé des cancers qui s'est déroulé début décembre 2010. Les campagnes de communication relatives aux dépistages sont menées chaque année (mars bleu pour le cancer colo-rectal et octobre rose pour le cancer du sein) visant l'amélioration de la participation et la connaissance des rythmes et bonnes pratiques de dépistage selon les niveaux de risque. Des actions spécifiques sont réalisées pour les publics précaires.

Pour mieux repérer le sous-dépistage, l'étude de faisabilité de géocodage des bases de données des structures de gestion s'est poursuivie dans l'optique de déterminer les conditions techniques de mise en oeuvre d'un système d'information géographique. Cette territorialisation des zones de sous-dépistage vise à développer des interventions locales adaptées. Suite aux appels à projet 2009 et 2010, 15 projets ont été financés sur la thématique de la lutte contre les inégalités d'accès au dépistage pour un montant de 1,2 M euros. Une collaboration entre le ministère de la santé, l'INCa, l'Acsé et les Ateliers Santé Ville a été mise en place.

Indicateurs de résultats de la mesure 14

Libellés indicateurs	Valeurs	Dates de valeurs	Commentaire _
Part des dépts ayant un taux de participation au DO sein<50%	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	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	53%	06/04/2010	T1 : Taux de participation pour l'année 2009 délivré par l'INVS
	52,50%	31/03/2009	T0 : Taux de participation relatif à 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	Taux d'exécution	Cible fin 2009	Cible fin 2010
DGS	202 000 000 €	37 670 000 €	18,6 %	18,3 %	37,6 %
INCa	1 105 000 €	133 187 €	12,1 %	8,6 %	46,2 %
PLFSS (FNPEIS)	366 000 000 €	74 200 000 €	20,3 %	18,3 %	37,7 %
Total	569 105 000 €	112 003 187 €	19,7 %	18,3 %	37,7 %

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	
15.1	Rechercher une meilleure efficacité des dépistages organisés en optimisant le fonctionnement des structures de gestion appelées centres de coordination des dépistages des cancers	planning respecté																
15.2	Améliorer le suivi des résultats du dépistage	planning respecté																

Commentaire Global sur la mesure 15 :

Les actions de la mesure 15 progressent. Elles visent à améliorer les programmes de dépistage organisé (cancers du sein et colorectal) en termes de qualité et d'efficacité notamment. La mise à disposition des données consolidées de participation par l'InVS a été améliorée. Une évaluation organisationnelle des structures de gestion a été menée en 2010. Des outils ont été élaborés : un guide d'organisation et de procédures pour les centres de lecture des tests de recherche de sang dans les selles ; un guide de recommandations juridiques à destination des acteurs de terrain (publication en cours). Un rapport sur les questions éthiques soulevées par le programme et sur les éventuelles évolutions ou adaptations nécessaires est en cours de publication. Un séminaire conjoint des deux programmes de dépistage organisé s'est tenu en décembre 2010, avec la participation des ARS.

- Des tableaux de bord d'indicateurs de suivi du dépistage des cancers du sein ont été diffusés par l'InVS, ceux relatifs au dépistage du cancer colorectal sont en cours de finalisation. Un appel d'offre en vue de la rédaction d'un référentiel des spécifications des logiciels métier des structures de gestion sera lancé en 2011.

Les travaux relatifs à la définition du cahier des charges d'un espace partagé, 1ère étape d'un système d'information du dépistage ont débuté fin 2010 par la mise en oeuvre d'un cahier des charges pour l'expression des besoins en matière d'espace partagé. Un groupe de travail technique piloté par la DGS et associant la CNAMTS, la MSA, le RSI et l'INCa sur l'évolution des structures de gestion est en cours de constitution.

Indicateurs de résultats de la mesure 15

Libellés indicateurs	Valeurs	Dates de valeurs	Commentaire _
Nb départements rendant les données agrégées exhaustives du DO colorectal	0	02/06/2010	AMOA en cours de validation
Nb départements rendant les données agrégées exhaustives pour le DO sein	0	02/06/2010	AMOA en cours de validation
Taux de participation au dépistage organisé du cancer colorectal	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	53%	06/04/2010	T1 : Taux de participation pour l'année 2009 délivré par l'INVS
	52,50%	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	Taux d'exécution	Cible fin 2009	Cible fin 2010
DGS	2 010 000 €	394 307 €	19,6 %	32,3 %	65,2 %
INCa	11 170 000 €	835 087 €	7,5 %	6,9 %	29,1 %
PLFSS (FNPEIS)	26 000 000 €	600 000 €	2,3 %	0,0 %	7,7 %
Total	39 180 000 €	1 829 394 €	4,7 %	3,6 %	16,7 %

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
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	retard mineur															
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 :

Une opération pilotée par la CNAMTS de visite des médecins généralistes par les délégués de l'assurance-maladie s'est déroulée en 2010 sur les dépistages du cancer (objectif : 45.000 médecins).

Dépistage sein : l'AAP sur la dématérialisation, lancé en juin 2010, est suspendu dans l'attente de la stabilisation du parc d'appareils numériques. La pertinence de la tranche d'âge du DO fera l'objet d'études spécifiques, non engagées en 2010 (action 16.2 présentant un retard).

Dépistage colorectal : un rapport sur les conditions de substitution des tests au gâiac sera publié par l'INCa en fév. 2011.

Dépistage col de l'utérus : les 9 sites retenus pour développer un prog. expérimental ont démarré l'invitation des femmes de 25 à 65 ans non suivies par frottis. Le Centre de Référence de l'HPV a recueilli près de 1500 prélèvements pour génotypage de souches HPV. La HAS a rendu publiques en nov. 2010 ses recommandations sur le dépistage du cancer du col utérin. Un travail sur la place du test HPV en suivi post-thérapeutique a été engagé fin 2010 (HAS).

Indicateurs de résultats de la mesure 16

Libellés indicateurs	Valeurs	Dates de valeurs	Commentaire _
Nombre de dépts utilisant le test immunologique dans le DO cancer colorectal	7	31/12/2009	2 autres dépts : Allier et Cher
	5	01/01/2009	T0 - expérimentation dans 5 dépts : Calvados, Côte d'Or, Indre et Loire, Haut-Rhin, Ile et Vilaine
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 généralistes traitants ayant signé les CAPI	30%	21/05/2010	T1 : année 2009
	1%	01/01/2009	T0 : estimation provisoire avant décret de 2009



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

Exécution budgétaire mesure 17 :

Financier	Budget total de la mesure	Réalisé 2009	Taux d'exécution	Cible fin 2009	Cible fin 2010
INCa	11 126 000 €	329 545 €	3,0 %	5,0 %	35,3 %
Total	11 126 000 €	329 545 €	3,0 %	5,0 %	35,3 %

Etat d'avancement des actions :

		Etat courant	2010			2011				2012				2013			
			T2	T3	T4	T1	T2	T3	T4	T1	T2	T3	T4	T1	T2	T3	T4
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 :

- Cancers de la prostate : la publication des projets retenus ds le programme PAIR mis en place en 2009 a été réalisé en 2010. Les travaux pour l'élaboration des recommandations en lien avec la HAS ont démarré en juin 2010 (info. aux hommes sur bénéfices/risques du dépistage et des traitements ; identification des sujets à risques élevés et stratégie de dépistage adaptée ; quel dépistage pour les hommes à risques moyens). L'analyse critique réalisée par la HAS sur les articles issus des études ERSPC et PLCO est publiée.

- Mélanomes : la journée nationale annuelle de dépistage du mélanome organisée par le SNDV est soutenue par le ministère et l'INCa (qui réalise son évaluation). Une étude de faisabilité sur le suivi des stades au diagnostic des cancers de la peau est en cours. Un rapport HAS INCa sur l'impact du parcours de soins sur le diagnostic du mélanome est en validation. Un module de formation multimédia pr les médecins gén., masseurs kiné. et IDE a été mis en ligne en juin 2010. Des documents d'information à l'attention des professionnels de santé (médecins généralistes, kinésithérapeutes et infirmières) et du grand public ont été réalisés et diffusés.

- Cancers de la cavité buccale : le module de formation multimédia à la détection précoce pour les chirurgiens dentistes, a été adapté pr les généralistes en 2010. Des dépliants et affiches d'info. grand public ont été élaborés. Cinq projets ont été financés en 2009 et 2 en 2010. Un axe "détection précoce des cancers" a été intégré dans l'AAP Santé publique de l'INCa.

Indicateurs de résultats de la mesure 17

Libellés indicateurs	Valeurs	Dates de valeurs	Commentaire _
Nombre de recommandations publiées pour le dépistage du cancer prostate	0	10/12/2010	publication des 1ères recommandations prévue en 2011 (HAS)
	0	10/12/2009	T0 : lancement du groupe de réflexion sur les recommandations le 10/12/2009
Part des mélanomes diagnostiqués avec indice de Breslow 1,2 ou 3	0%	29/04/2010	T0 : présentation des 1ers résultats du rapport sur l'étude permettant la mise en place de 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	Taux d'exécution	Cible fin 2009	Cible fin 2010
INCa	11 970 000 €	436 772 €	3,6 %	8,4 %	25,5 %
PLFSS (DGOS)	15 000 000 €			0,0 %	0,0 %
Total	26 970 000 €	436 772 €	1,6 %	3,7 %	11,3 %

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
18.1	Coordonner les parcours de soins des malades pendant la phase active du traitement grâce à des coordonnateurs de soins.	planning respecté															
18.2	Conforter la fonction de proximité du médecin traitant pendant la phase thérapeutique aiguë et lors de la période de surveillance.	planning respecté															
18.3	Partager les données médicales entre professionnels de santé.	planning respecté															

Commentaire Global sur la mesure 18 :

La mesure progresse selon les prévisions du Plan. 35 équipes pilotes, retenues sur appel à projet INCa-DGOS, expérimentent depuis octobre 2010 la mise en place d'un parcours personnalisé des patients pendant et après le cancer. Deux réunions d'échange ont eu lieu, dont un séminaire de travail début décembre sur les missions et les interfaces portées par les infirmiers coordonnateurs de soins. 27 projets sont totalement opérationnels et 8 sont en montée en charge. 1165 patients ont d'ores et déjà été inclus.

L'élaboration par la HAS et l'INCa des guides ALD cancer à destination des médecins traitants progresse. Ces guides, qui décrivent la prise en charge standard des patients en ville et à l'hôpital, couvrent 17 localisations de cancer fin 2010. Ils seront complétés à partir du début 2011 par des référentiels de surveillance partagée entre l'équipe spécialisée et le médecin traitant. Le partage des données médicales, qui constitue un enjeu pour la coordination des soins, se développe via l'action conjointe menée par l'INCa et l'ASIP santé. Le cadre national de déploiement du dossier communiquant de cancérologie (DCC) et du dossier médical personnel (DMP) a été publié en octobre. La phase pilote de mise en oeuvre va être lancée dans 7 régions en 2011 pour préparer la généralisation du service DCC à partir de 2012.

Indicateurs de résultats de la mesure 18

Libellés indicateurs	Valeurs	Dates de valeurs	Commentaire _
Taux de couverture des guides médecins traitants pour l'ALD 30	68%	06/12/2010	17 localisations couvertes sur les 25 les plus fréquentes
	52%	06/09/2010	13 localisations couvertes sur les 25 les plus fréquentes
	44%	01/06/2010	11 localisations couvertes sur les 25 les plus fréquentes
	32%	01/01/2010	8 localisations couvertes sur les 25 les plus fréquentes
	12%	01/01/2009	3 localisations de cancer couvertes par un guide ALD sur les 25 les plus fréquentes
Taux de diffusion du Programme Personnalisé de Soins	17%	31/12/2009	Données de remise du PPS issues des tableaux de bord des réseaux régionaux de santé au 31/12/2009
	10%	31/12/2008	Données de remise du PPS issues des tableaux de bord des Réseaux régionaux de cancérologie au 31/12/2008. Données 2009 disponibles en juillet 2010. Objectif cible : 80%.
Taux de diffusion régionale de l'accès des médecins traitants au PPS via le DCC	0%	31/12/2010	



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

Exécution budgétaire mesure 19 :

Financier	Budget total de la mesure	Réalisé 2009	Taux d'exécution	Cible fin 2009	Cible fin 2010
INCa	11 530 000 €	1 140 866 €	9,9 %	17,8 %	38,4 %
PLFSS (DGOS)	202 000 000 €	22 000 000 €	10,9 %	9,9 %	28,7 %
Total	213 530 000 €	23 140 866 €	10,8 %	10,3 %	29,2 %

Etat d'avancement des actions :

		Etat courant	2010			2011				2012				2013			
			T2	T3	T4	T1	T2	T3	T4	T1	T2	T3	T4	T1	T2	T3	T4
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 :

Le dispositif des autorisations de traitement du cancer concerne 885 établissements. Avant la fin de la période de conformité en mai 2011, les ARS, la DGOS, l'INCa et les fédérations hospitalières accompagnent les établissements concernés durant cette période charnière. Un outil d'auto évaluation (check list) a par exemple été mis à disposition des établissements de santé en juin 2010 par l'INCa ; il permet de disposer, au niveau national et régional, d'un premier état des lieux déclaratif au 30 juin de mise en oeuvre de cette action (le rapport de synthèse est en ligne). La DGOS a réuni avec l'INCa les représentants des ARS en novembre 2010 pour préparer les visites de conformité. Le bilan de ce dispositif donnera lieu à un rapport début 2011, conformément aux orientations du Plan cancer.

L'étude sur les délais de prise en charge des cancers du sein et du poumon va être lancée début 2011 dans 8 régions. Elle sera portée par les réseaux régionaux de cancérologie en lien avec les observatoires régionaux de santé.

Les sollicitations de la plateforme Cancer Info ont connu une forte progression en 2010 (visites du site, appels téléphoniques, guides). 8 nouveaux guides Cancer Info ont été publiés en 2010 (20 références disponibles au total), ainsi que 11 guides ALD par cancer destinés aux patients et remis par leur médecin traitant.

Indicateurs de résultats de la mesure 19

Libellés indicateurs	Valeurs	Dates de valeurs	Commentaire _
nombre de sollicitations annuelles de la plateforme Cancer Info	619 000	31/12/2010	valeur estimée pour l'année à partir des données au 30/11/2010. 253.000 guides commandés + 3540.000 visites de la rubrique internet + 12.000 appels reçus.
	94 860	31/12/2009	68.460 guides commandés + 10.957 visites de la rubrique internet + 15.443 appels reçus. Mise en service de la rubrique internet mi-novembre 2009.
Taux de patients ayant bénéficié du dispositif d'annonce dans les établissements	56%	31/12/2009	source : synthèse des tableaux de bord des RRC 2009
	34%	31/12/2008	T0 2008 Antérieur à la mise en place du dispositif d'autorisation des établissements



Mesure 20 : Soutenir la spécialité d'anatomopathologie.

Exécution budgétaire mesure 20 :

Financier	Budget total de la mesure	Réalisé 2009	Taux d'exécution	Cible fin 2009	Cible fin 2010
INCa	6 300 000 €	2 934 000 €	46,6 %	42,9 %	63,5 %
PLFSS (DGOS)	45 500 000 €			0,0 %	0,0 %
Total	51 800 000 €	2 934 000 €	5,7 %	5,2 %	7,7 %

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
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.	retard mineur															
20.3	Soutenir la démarche qualité au sein de la profession d'anatomocytopathologie.	planning respecté															

Commentaire Global sur la mesure 20 :

L'actualisation de la nomenclature des actes d'anatomopathologie (ACP), publiée en avril 2010, est en cours sous le pilotage de la CNAMTS. Elle intègre, conformément aux attentes du plan, la complexité actuelle 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.

La charte de génétique moléculaire n'a pas encore été publiée à la fin 2010, elle devrait l'être en janvier 2011 (action 20.2 affichant un retard). La publication de cette charte et le suivi de l'appel à projets INCa 2009, en reconnaissant le rôle des pathologistes dans la réalisation des examens moléculaires, visent à faciliter l'intégration des pathologistes dans les plateformes de génétique moléculaire.

Le soutien financier de l'association professionnelle en charge de l'assurance qualité ACP, effectif depuis 2009, permet d'accompagner le développement des nouvelles pratiques. Le programme de double lecture des cancers rares et des lymphomes, opérationnel depuis le début de l'année 2010, est en phase de montée en charge.

Indicateurs de résultats de la mesure 20

Libellés indicateurs	Valeurs	Dates de valeurs	Commentaire _
Effectif moyen en pathologistes des structures ACP	3	31/12/2009	1639 pathologistes exercent dans 462 structures ACP publiques et privées - source : CNOM et AFAQAP
Taux de relecture des nouveaux cas de lymphomes et cancers rares	51%	16/12/2010	programme opérationnel depuis mars 2010 (sarcomes : 2.815 / 4.000 nvx cas, lymphomes : 4.200 / 11.000 ; mésothéliomes : 928 / 1.000 ; tumeurs neuroendocrines : 941 / 1.300 estimés)
	0%	01/01/2009	<i>mise en place effective de la double lecture à partir de 2010</i>
Taux de transmission des comptes rendus ACP dans le DCC	0	09/12/2010	adaptation en cours des logiciels de système de gestion de laboratoire ACP
	0	01/01/2010	<i>comptes rendus ACP en cours de structuration (ASIP)</i>
	0	31/12/2009	<i>non disponible</i>



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

Exécution budgétaire mesure 21 :

Financier	Budget total de la mesure	Réalisé 2009	Taux d'exécution	Cible fin 2009	Cible fin 2010
INCa	8 117 000 €	1 003 762 €	12,4 %	15,0 %	34,7 %
PLFSS (DGOS)	59 500 000 €			0,0 %	7,6 %
Total	67 617 000 €	1 003 762 €	1,5 %	1,8 %	10,8 %

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

Commentaire Global sur la mesure 21 :

L'accès aux traitements innovants progresse en cohérence avec les objectifs du plan cancer. L'arrêté du 15 février 2010 a acté la sortie de la liste en sus de 5 molécules génériques. Par ailleurs, une nouvelle molécule innovante a intégré cette liste. Les référentiels de bon usage ont été publiés et actualisés conformément à la dynamique attendue.

Les tests moléculaires, permettant la juste prescription des thérapies ciblées, augmentent de façon conséquente traduisant leur accessibilité pour les malades et la dynamique nationale sur cette action, qui bénéficie d'une pérennisation par les financements assurance maladie. La mise en place d'un programme pour la détection prospective des biomarqueurs émergents va également permettre d'anticiper l'arrivée de nouvelles thérapies ciblées et de les rendre disponibles le plus rapidement possible.

L'étude sur les délais d'accès aux examens IRM dans le cadre d'un bilan d'extension de cancers du sein, de l'utérus et de la prostate permet de disposer de premières données spécifiques à la cancérologie.

Indicateurs de résultats de la mesure 21

Libellés indicateurs	Valeurs	Dates de valeurs	Commentaire _
Evolution des IRM installées dans les 10 régions ciblées	0	31/12/2009	Une région parmi les 10 (Nord Pas de Calais) a déjà engagé l'évolution attendue de son parc d'IRM en autorisant 13 IRM par Million d'habitants (10 IRM /M hbts installées pour l'instant).
	0	30/12/2009	La région Nord Pas de Calais a néanmoins déjà engagé cette action en autorisant 13 IRM par M/hbts (délai entre autorisation et installation)
Nb molécules anticancéreuses sorties de la liste en sus	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	1	06/12/2010	prévision au 31 décembre 2010: 1 nouvelle molécule intégrée
	2	31/12/2009	
	4	31/12/2008	
Nb patients bénéficiant d'un test pour les indications de thérapie ciblée	26 732	31/12/2009	tests réalisés en 2009 : 6.750 HER2 (sein), 65 HER2 (cancer gastrique), 17.250 KRAS (colorectal), 2.667 EGFR (poumon)
	16 697	01/01/2009	tests réalisés en 2008 par les plateformes : 5.416 HER2, 10.012 KRAS, 1.269 EGFR



Mesure 22 : Soutenir la radiothérapie.

Exécution budgétaire mesure 22 :

Financier	Budget total de la mesure	Réalisé 2009	Taux d'exécution	Cible fin 2009	Cible fin 2010
INCa	4 700 000 €	757 846 €	16,1 %	27,7 %	51,1 %
PLFSS (DGOS)	68 870 000 €	3 270 000 €	4,7 %	5,7 %	21,7 %
Total	73 570 000 €	4 027 846 €	5,5 %	7,1 %	23,6 %

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
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 :

Le troisième rapport du comité national de suivi de la radiothérapie a été publié en septembre 2010. Les effectifs de radiothérapie poursuivent leur évolution positive : plus de radiophysiciens formés (doublement des promotions entre 2008 et 2010) et soutien à la création de postes de dans les centres de radiothérapie, en particulier radiophysiciens, qualitiens et dosimétristes (financement PLFSS 2010).

La réforme du LMD avance, sous pilotage de la DGOS, pour permettre d'identifier les compétences associées à la fonction de dosimétriste. L'Observatoire de la radiothérapie a été publié en novembre 2010, intégrant des données d'activité, d'équipement et d'effectifs mais aussi de pratiques, permettant de mesurer l'évolution de la mise en oeuvre des critères de qualité et de sécurité.

Indicateurs de résultats de la mesure 22

Libellés indicateurs	Valeurs	Dates de valeurs	Commentaire _
Evolution annuelle de l'activité en radiothérapie	164 270	31/12/2009	nombre de patients traités en radiothérapie en 2009 (source : PMSI en CNAMTS)
	165 342	31/12/2008	<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 des effectifs en radiothérapie	3 265	31/12/2009	Total des effectifs techniques en poste dans les centres de radiothérapie (médecins, physiciens, dosimétristes, manipulateurs d'electroradiologie et qualitiiciens)
	3 001	01/01/2008	<i>159 centres répondants sur 176 centres de radiothérapie au total</i>
Evolution du parc des accélérateurs de radiothérapie	413	31/12/2009	Parc total des accélérateurs dans les 177 centres de radiothérapie autorisés à traiter les cancers
	396	01/01/2008	<i>159 centres répondants sur 176</i>
Nombre de postes de dosimétristes	276	31/12/2009	
	172	31/12/2008	
Nombre de postes de radiophysiciens des centres de radiothérapie	483	10/12/2010	résultats partiels d'affectation en attente des choix définitifs (oraux 9/12/2010)
	448	31/03/2010	<i>intégration complète de la promotion sortante 2009 dans les effectifs des centres</i>
	421	30/06/2009	<i>ratrapage (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	Taux d'exécution	Cible fin 2009	Cible fin 2010
INCa	9 200 000 €	302 537 €	3,3 %	18,7 %	34,7 %
PLFSS (DGOS)	126 750 000 €	4 480 000 €	3,5 %	4,9 %	18,5 %
Total	135 950 000 €	4 782 537 €	3,5 %	5,9 %	19,6 %

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
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 :

Quinze groupes de cancers rares seront structurés début 2011 autour de centres experts. La dernière phase de ce dispositif sera mise en place en 2011, comme prévu.

Le dispositif d'oncogénétique, qui couvre le diagnostic et le suivi des personnes porteuses de prédispositions génétiques aux cancers, a été renforcé en 2010 afin de répondre à l'augmentation attendue des besoins. Le suivi des structures pilotes pour la prise en charge des personnes identifiées à haut risque héréditaire de cancer a été mis en place, conformément au Plan.

L'organisation d'oncogériatrie est en cours d'évolution. Le bilan des actions menées par les unités pilotes conduit à déployer le dispositif via un appel à projets, reprenant les trois grandes missions de formation, de soutien à la recherche clinique et d'observation.

La construction du programme spécifique pour les adolescents est en cours. A partir des états généraux du 27 mars 2010, portés par l'association UNAPECLE, un séminaire de travail a eu lieu le 30 nov. 2010 pour proposer les axes prioritaires du programme, qui sera mis en oeuvre en particulier sous forme d'un appel à projets. La plateforme pédiatrique du projet HOPE fait l'objet d'un financement INCa pour permettre une meilleure connaissance des cancers dans cette population. 7 organisations interrégionales d'oncopédiatrie sont identifiées au niveau national. Enfin le travail mené par l'agence de la biomédecine permet de constater l'augmentation conséquente de la conservation d'unités de sang de placentaire (2.000 nouvelles unités enregistrées de janv. à nov. 2010).

Indicateurs de résultats de la mesure 23

Libellés indicateurs	Valeurs	Dates de valeurs	Commentaire _
Développement de la conservation d'unités de sang de cordon	10 599	30/11/2010	8 banques en activité fin 2010 avec 34 maternités associées au réseau français de sang placentaire
	<i>8 501</i>	<i>01/01/2010</i>	<i>nombre d'unités de sang placentaire inscrites sur le registre France greffe de moelle</i>
	<i>7 051</i>	<i>01/01/2009</i>	<i>nombre d'unités de sang placentaire inscrites sur le registre France greffe de moelle</i>
Nombre de cancers rares bénéficiant d'une organisation autour de centres experts	15	10/12/2010	
	<i>8</i>	<i>29/05/2009</i>	<i>T0 2009</i>
Taux d'utilisation d'un outil d'évaluation gériatrique pour les patients âgés	0%	16/05/2010	outil de dépistage oncogériatrique non utilisé avant fin 2010



Mesure 24 : Répondre aux défis démographiques des professions

Exécution budgétaire mesure 24 :

Financier	Budget total de la mesure	Réalisé 2009	Taux d'exécution	Cible fin 2009	Cible fin 2010
INCa	700 000 €			0,0 %	14,3 %
MESR	6 285 000 €			0,0 %	10,9 %
PLFSS (DGOS)	27 285 000 €			0,0 %	2,5 %
Total	34 270 000 €			0,0 %	4,3 %

Etat d'avancement des actions :

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

Commentaire Global sur la mesure 24 :

Les travaux conjointement menés par l'ONDPS et l'INCa depuis 2007 permettent de connaître et de suivre l'évolution de la démographie dans les métiers ciblés par le Plan cancer.

La base de calcul du taux de progression annuelle des internes a été modifiée. La référence est le nombre d'inscrits en 4^e année d'internat car elle correspond à l'inscription définitive dans la spécialité. Ainsi, le taux de progression des internes en anatomopathologie entre 2008 et 2009 est de 48% ; celui en oncologie-radiothérapie est de 10%.

Suite à l'arrêté du 12 juillet 2010, les 53 postes offerts en DES d'anatomopathologie et les 92 postes offerts au DES d'oncologie ont été pourvus.

Les postes de chefs de clinique-assistant (CCA) publiés par le Ministère de l'enseignement supérieur et de la recherche en 2010 concernent les effectifs au 1er janvier 2009. On constate un pourcentage décroissant de CCA en anatomopathologie entre 2008 et 2009 (-27%). En revanche, pour l'oncologie médicale et la radiothérapie, le taux de progression est positif (16%).

L'évolution des métiers de la radiophysique médicale est favorable. On note également le développement des masters universitaires sur la coordination infirmière des parcours de soins en cohérence avec les attendus du Plan.

Indicateurs de résultats de la mesure 24

Libellés indicateurs	Valeurs	Dates de valeurs	Commentaire _
Nombre de masters et licences existants pour IDE coordonnateurs parcoures de soins	2	01/01/2010	Deux masters recensés, un à Aix Marseille et l'autre à Besançon
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	48%	01/01/2010	progression entre 2008 et 2009 du nombre d'internes inscrits en 4ème année en ACP
taux de progression annuelle des internes en oncologie et radiothérapie	10%	01/01/2010	progression entre 2008 et 2009 du nombre d'internes inscrits en 4ème année en oncologie médical et en radiothérapie

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	Taux d'exécution	Cible fin 2009	Cible fin 2010
INCa	5 600 000 €			0,0 %	8,9 %
PLFSS (DGOS)	10 600 000 €			0,0 %	0,0 %
PLFSS (FICQS)	1 900 000 €			0,0 %	0,0 %
Total	18 100 000 €			0,0 %	2,8 %

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	
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)	planning respecté																

Commentaire Global sur la mesure 25 :

Un volet social spécifique a été intégré dans le Programme Personnalisé de Soins (PPS) avec l'aide des représentants de patients (en ligne sur le site e-cancer.fr). La mise en place de consultations sociales en cours de traitement et l'élaboration d'un programme personnalisé de l'après cancer (PPAC) sont suivis dans le cadre des expérimentations sur le parcours de soins personnalisé pendant et après le cancer, engagées dans 35 sites pilotes (cf. mesure 18) : 74% des PPS sont adressés aux médecins traitants et 20% des patients bénéficient d'un suivi social après repérage infirmier. Les temps de coordination sont importants et concernent à la fois l'hospitalier, les médecins traitants, les acteurs du soin à domicile et des réseaux, les intervenants sociaux et les acteurs de la prévention.

Le dispositif permettant le financement d'une surveillance médicale régulière après la sortie d'ALD est en création. Une étude de faisabilité a été produite par l'INCa et la HAS en février 2010. Les deux projets de décrets relatifs à la mise en oeuvre du suivi post-ALD sont en cours de publication. Les premiers référentiels de suivi post ALD seront publiés début 2011 pour faciliter l'exonération des examens de surveillance recommandés.

Indicateurs de résultats de la mesure 25

Libellés indicateurs	Valeurs	Dates de valeurs	Commentaire _
Taux de couverture des référentiels de suivi des patients	0%	06/12/2010	Elaboration des référentiels de suivi en cours
	0%	17/09/2010	<i>Elaboration des référentiels de suivi en cours.</i>
	0%	31/12/2009	
Taux de couverture du Programme Personnalisé de l'Après Cancer (PPAC)	0%	01/06/2010	L'action démarrera à compter de 2011 dans le cadre de l'AAP lancé en 2010
Taux de fragilité sociale dépisté dans les 35 projets pilotes	20	03/12/2010	Nombre de patients présentant une fragilité sociale détectée par l'infirmière coordonatrice par rapport aux patients inclus dans les 35 projets pilotes
	0	31/12/2009	<i>Travail en cours sur 2010 pour élaborer la grille de détection sociale et le volet social du PPS</i>



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	Taux d'exécution	Cible fin 2009	Cible fin 2010
DGCS	3 800 000 €			0,0 %	0,0 %
INCa	8 500 000 €			0,0 %	10,6 %
Total	12 300 000 €			0,0 %	7,3 %

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
26.1	Encourager le développement des hébergements et appartements thérapeutiques à proximité des lieux de prise en charge médicale.	planning respecté	/														
26.2	Élaborer et mettre en place un référentiel national de détection de la fragilité sociale et de la précarité.	planning respecté															
26.3	Elaborer avec les services des départements des modalités permettant d'activer sans délai les financements prévus pour le maintien à domicile ou la compensation du handicap	non commencé	/	/	/												
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 :

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

- Un projet de grille de détection de la fragilité sociale a été élaboré par un groupe de travail ad hoc et va être testé par les 35 équipes pilotes de l'expérimentation parcours personnalisé ;
- Une trame commune des annuaires départementaux des professionnels du secteur social est en cours d'élaboration au sein d'un groupe de travail mis en place par la Ligue ;
- Enfin, concernant le soutien aux hébergements de proximité, l'INCa et la Ligue collaborent étroitement à l'élaboration d'un cahier des charges en vue d'un AAP à lancer en 2011.

L'action 26.3 a été reformulée (comité de pilotage du 4/10/2010) mais elle n'a pas été engagée en 2010 ; les modalités de sa mise en oeuvre avec les services des départements restent à définir par la DGCS.

Indicateurs de résultats de la mesure 26

Libellés indicateurs	Valeurs	Dates de valeurs	Commentaire _
Taux de couverture départemental de l'annuaire professionnel du secteur social	0	10/12/2010	réalisation en cours du cadre type de l'annuaire



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	Taux d'exécution	Cible fin 2009	Cible fin 2010
CNSA	6 400 000 €			0,0 %	0,0 %
Total	6 400 000 €			0,0 %	0,0 %

Etat d'avancement des actions :

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

Commentaire Global sur la mesure 27 :

L'action 27.1 pilotée par la CNSA a été engagée dans le cadre de l'expérimentation des « parcours personnalisés » (cf. mesures 18,25 et 26) avec 7 maisons départementales des personnes handicapées volontaires (MDPH). Un test sera réalisé en 2011 à partir de situations individuelles avec les équipes hospitalières pilotes pour identifier les pratiques permettant d'améliorer la prise en compte des situations de handicap ou de perte d'autonomie liées au cancer.

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

Indicateurs de résultats de la mesure 27

Libellés indicateurs	Valeurs	Dates de valeurs	Commentaire _
Nb de MDPH participant aux expérimentations	7	10/12/2010	MDPH volontaires parmi les sites pilotes de l'expérimentation "parcours personnalisés"
	0	01/09/2010	<i>action non démarrée</i>
Nb de situations individuelles incluses dans les expérimentations avec les MDPH	0	01/12/2010	Les situations individuelles seront incluses en 2011.



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	Taux d'exécution	Cible fin 2009	Cible fin 2010
INCa	8 000 000 €			0,0 %	10,0 %
Total	8 000 000 €			0,0 %	10,0 %

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
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 négociations pour le renouvellement de la convention AERAS, achevées en mai 2010, ont abouti à un consensus pour l'amélioration des items suivants : information des bénéficiaires, questionnaires de santé, situations consolidées/stabilisées ou en voie de consolidation/stabilisation, écrêtement des surprimes, contrôle de l'effectivité de la convention. Les travaux complémentaires sur la prise en compte du risque invalidité ont débouché sur de nouvelles propositions formulées par la Fédération Française des Sociétés d'Assurance soumises à l'ensemble des signataires, qui devraient permettre la signature de la convention en janvier 2011.

Indicateurs de résultats de la mesure 28

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

**Mesure 29 :****Lever les obstacles à la réinsertion professionnelle des pers. atteintes****Exécution budgétaire mesure 29 :**

Financier	Budget total de la mesure	Réalisé 2009	Taux d'exécution	Cible fin 2009	Cible fin 2010
INCa	200 000 €			0,0 %	50,0 %
Total	200 000 €			0,0 %	50,0 %

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
29.1	Étudier les moyens de lever les obstacles au maintien dans l'emploi ou à la réinsertion professionnelle des personnes atteintes de cancer et de leurs aidants naturels.	retard majeur															
29.2	Délivrer une information spécifique aux personnes atteintes de cancer sur les facilités que leur offre la loi pour une insertion ou une réinsertion professionnelle.	non commencé	/	/	/												
29.3	Faire entrer les pers. atteintes de cancer dans la liste des publics prioritaires pour bénéficier des prochains contrats aidés dans le cadre de l'extension du RSA	non commencé	/	/	/												

Commentaire Global sur la mesure 29 :

Les modalités de mise en oeuvre des actions de la mesure 29 sont à définir par la DGEFP, en liaison avec la DGT.

Indicateurs de résultats de la mesure 29

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



Mesure 30 : Créer un Observatoire sociétal des cancers.

Exécution budgétaire mesure 30 :

Financier	Budget total de la mesure	Réalisé 2009	Taux d'exécution	Cible fin 2009	Cible fin 2010
Total					

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	
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 :

Plusieurs actions (enquête auprès des médecins généralistes et des lecteurs de la revue Vivre, colloque national et lancement d'un AAP auprès des comités départementaux) sont engagées par la Ligue et suivent un planning conforme au plan pour fournir les observations nécessaires concernant les aspects sociaux et sociétaux du cancer.

Indicateurs de résultats de la mesure 30

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

Exécution budgétaire détaillée

			Budget de l'Axe Recherche					
			2009	2010	2011	2012	2013	Total
1-1	INCa	Budgété	1 869 000 €	4 204 000 €	6 635 000 €	8 500 000 €	9 000 000 €	30 208 000 €
		Réalisé	2 618 177 €					2 618 177 €
	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 €					1 625 600 €
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 €					856 172 €
1-3	INCa	Budgété	0 €	150 000 €	300 000 €	450 000 €	500 000 €	1 400 000 €
		Réalisé	704 287 €					704 287 €
2-1	INCa	Budgété	419 000 €	971 000 €	1 821 000 €	2 800 000 €	3 500 000 €	9 511 000 €
		Réalisé	841 189 €					841 189 €
3-1	INCa	Budgété	579 000 €	1 421 000 €	2 271 000 €	2 850 000 €	3 000 000 €	10 121 000 €
		Réalisé						
3-2	INCa	Budgété	0 €	600 000 €	1 200 000 €	1 800 000 €	2 000 000 €	5 600 000 €
		Réalisé	641 295 €					641 295 €
3-4	INCa	Budgété	0 €	300 000 €	600 000 €	900 000 €	1 000 000 €	2 800 000 €
		Réalisé	212 650 €					212 650 €
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						
4-1	INCa	Budgété						
		Réalisé	675 000 €					675 000 €
	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 €					18 503 000 €
4-5	INCa	Budgété	616 000 €	693 000 €	916 000 €	1 000 000 €	1 000 000 €	4 225 000 €
		Réalisé	379 675 €					379 675 €
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 €					8 531 735 €
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 €					10 705 109 €
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 €					495 000 €
5-5	INCa	Budgété	0 €	150 000 €	300 000 €	450 000 €	500 000 €	1 400 000 €
		Réalisé	195 967 €					195 967 €
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 €					48 984 856 €

			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 €					17 966 €
6-2	INCa	Budgété	0 €	340 000 €	210 000 €	210 000 €	210 000 €	970 000 €
		Réalisé	14 854 €					14 854 €
6-3	INCa	Budgété	50 000 €	50 000 €	50 000 €	50 000 €	50 000 €	250 000 €
		Réalisé	68 722 €					68 722 €
	INPES	Budgété	150 000 €	0 €	0 €	0 €	150 000 €	300 000 €
		Réalisé	0 €					0 €
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 €					3 330 578 €
	InVS	Budgété	2 982 000 €	3 294 000 €	3 644 000 €	3 994 000 €	4 344 000 €	18 258 000 €
		Réalisé	2 718 000 €					2 718 000 €
7-2	InVS	Budgété	162 000 €	562 000 €	762 000 €	662 000 €	162 000 €	2 310 000 €
		Réalisé	0 €					0 €
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						
9-2	InVS	Budgété	0 €	400 000 €	400 000 €	200 000 €	150 000 €	1 150 000 €
		Réalisé						
9-3	InVS	Budgété	0 €	80 000 €	80 000 €	80 000 €	80 000 €	320 000 €
		Réalisé						
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 €					6 180 369 €

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 €					15 500 000 €
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 €					1 147 000 €
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 €					5 657 000 €
10-2-4	DGS	Budgété	8 000 €	0 €	0 €	0 €	0 €	8 000 €
		Réalisé	8 000 €					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 €
11-4	INCa	Budgété	0 €	200 000 €	200 000 €	200 000 €	0 €	600 000 €
		Réalisé	81 305 €					81 305 €
11-6	INPES	Budgété	150 000 €	150 000 €	150 000 €	150 000 €	150 000 €	750 000 €
		Réalisé						
12-1	INCa	Budgété						
		Réalisé	17 316 €					17 316 €
12-3	DGT	Budgété	25 000 €	50 000 €	50 000 €	50 000 €	0 €	175 000 €
		Réalisé						
12-4	INCa	Budgété	0 €	125 000 €	125 000 €	125 000 €	0 €	375 000 €
		Réalisé						
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 €					2 090 000 €
13-1	INCa	Budgété	0 €	250 000 €	0 €	250 000 €	0 €	500 000 €
		Réalisé						
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						
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 €					6 737 628 €
14-2-1	INCa	Budgété	0 €	400 000 €	400 000 €	400 000 €	400 000 €	1 600 000 €
		Réalisé						
14-2-2	DGS	Budgété	500 000 €	200 000 €	200 000 €	200 000 €	200 000 €	1 300 000 €
		Réalisé	0 €					0 €
	INCa	Budgété						
		Réalisé	426 370 €					426 370 €
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	DGS	Budgété	37 000 000 €	39 000 000 €	40 000 000 €	42 000 000 €	44 000 000 €	202 000 000 €
		Réalisé	37 670 000 €					37 670 000 €
	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 €					74 200 000 €
15-1-2	INCa	Budgété	0 €	25 000 €	25 000 €	0 €	0 €	50 000 €
		Réalisé	30 770 €					30 770 €
15-1-3	INCa	Budgété	45 000 €	70 000 €	45 000 €	70 000 €	45 000 €	275 000 €
		Réalisé	27 547 €					27 547 €
15-1-4	INCa	Budgété						
		Réalisé	74 870 €					74 870 €
15-2-1	INCa	Budgété	50 000 €	50 000 €	0 €	0 €	0 €	100 000 €
		Réalisé						
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 €					205 606 €
16-2	INCa	Budgété	600 000 €	1 000 000 €	1 050 000 €	1 000 000 €	1 000 000 €	4 650 000 €
		Réalisé	31 500 €					31 500 €
16-3-1	INCa	Budgété	0 €	225 000 €	225 000 €	125 000 €	25 000 €	600 000 €
		Réalisé						
16-3-2	INCa	Budgété						
		Réalisé	27 055 €					27 055 €
	PLFSS (FNPEIS)	Budgété	0 €	2 000 000 €	8 000 000 €	8 000 000 €	8 000 000 €	26 000 000 €
		Réalisé						
16-4	INCa	Budgété	100 000 €	500 000 €	500 000 €	400 000 €	0 €	1 500 000 €
		Réalisé	142 802 €					142 802 €
16-5-1	INCa	Budgété	0 €	0 €	900 000 €	900 000 €	900 000 €	2 700 000 €
		Réalisé	13 500 €					13 500 €
16-5-2	INCa	Budgété	0 €	150 000 €	0 €	100 000 €	0 €	250 000 €
		Réalisé	47 631 €					47 631 €
16-5-3	INCa	Budgété	0 €	300 000 €	300 000 €	100 000 €	0 €	700 000 €
		Réalisé						
16-6	DGS	Budgété	650 000 €	660 000 €	700 000 €	0 €	0 €	2 010 000 €
		Réalisé	394 307 €					394 307 €
	INCa	Budgété						
		Réalisé	366 993 €					366 993 €
	PLFSS (FNPEIS)	Budgété						
		Réalisé	600 000 €					600 000 €
17-1-1	INCa	Budgété	0 €	2 500 000 €	5 500 000 €	0 €	0 €	8 000 000 €
		Réalisé						
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 €					35 529 €
17-2-2	INCa	Budgété	84 000 €	84 000 €	84 000 €	84 000 €	84 000 €	420 000 €
		Réalisé	44 217 €					44 217 €
17-2-3	INCa	Budgété	60 000 €	160 000 €	100 000 €	100 000 €	100 000 €	520 000 €
		Réalisé						
17-3-2	INCa	Budgété	40 000 €	80 000 €	40 000 €	40 000 €	40 000 €	240 000 €
		Réalisé	7 648 €					7 648 €
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 €					85 978 €
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 €					145 826 745 €

Budget de l'Axe Soins			2009	2010	2011	2012	2013	Total
18-1	INCa	Budgété	400 000 €	900 000 €	1 470 000 €	0 €	0 €	2 770 000 €
		Réalisé						
	PLFSS (DGOS)	Budgété	0 €	0 €	0 €	5 000 000 €	10 000 000 €	15 000 000 €
		Réalisé						
18-2	INCa	Budgété	0 €	50 000 €	50 000 €	50 000 €	50 000 €	200 000 €
		Réalisé						
18-3	INCa	Budgété	600 000 €	1 100 000 €	2 100 000 €	2 600 000 €	2 600 000 €	9 000 000 €
		Réalisé	436 772 €					436 772 €
19-1	INCa	Budgété	0 €	80 000 €	80 000 €	80 000 €	80 000 €	320 000 €
		Réalisé						
19-2	INCa	Budgété	50 000 €	150 000 €	150 000 €	150 000 €	150 000 €	650 000 €
		Réalisé						
	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 €					13 000 000 €
19-3	INCa	Budgété	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
		Réalisé	20 382 €					20 382 €
	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 €					9 000 000 €
19-4	INCa	Budgété	0 €	150 000 €	300 000 €	110 000 €	0 €	560 000 €
		Réalisé						
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 €					1 120 484 €
20-1	PLFSS (DGOS)	Budgété	0 €	0 €	6 500 000 €	13 000 000 €	13 000 000 €	32 500 000 €
		Réalisé						
20-2	INCa	Budgété	2 700 000 €	1 300 000 €	1 300 000 €	1 000 000 €	0 €	6 300 000 €
		Réalisé	2 934 000 €					2 934 000 €
	PLFSS (DGOS)	Budgété	0 €	0 €	0 €	3 000 000 €	4 000 000 €	7 000 000 €
		Réalisé						
20-3	PLFSS (DGOS)	Budgété	0 €	0 €	2 000 000 €	2 000 000 €	2 000 000 €	6 000 000 €
		Réalisé						
21-1	INCa	Budgété	100 000 €	100 000 €	100 000 €	100 000 €	100 000 €	500 000 €
		Réalisé	45 000 €					45 000 €
21-2	PLFSS (DGOS)	Budgété	0 €	4 500 000 €	12 000 000 €	14 000 000 €	14 000 000 €	44 500 000 €
		Réalisé						
21-3	INCa	Budgété	1 117 000 €	400 000 €	850 000 €	500 000 €	350 000 €	3 217 000 €
		Réalisé	958 762 €					958 762 €
	PLFSS (DGOS)	Budgété	0 €	0 €	3 000 000 €	6 000 000 €	6 000 000 €	15 000 000 €
		Réalisé						
21-4	INCa	Budgété	0 €	100 000 €	100 000 €	100 000 €	100 000 €	400 000 €
		Réalisé						
21-5	INCa	Budgété	0 €	1 000 000 €	3 000 000 €	0 €	0 €	4 000 000 €
		Réalisé						

22-1	INCa	Budgété	1 200 000 €	1 000 000 €	1 000 000 €	500 000 €	500 000 €	4 200 000 €
		Réalisé	737 227 €					737 227 €
	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 €					2 640 000 €
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 €					630 000 €
22-3	INCa	Budgété	100 000 €	100 000 €	100 000 €	100 000 €	100 000 €	500 000 €
		Réalisé	20 619 €					20 619 €
23-1	INCa	Budgété	254 000 €	50 000 €	50 000 €	50 000 €	50 000 €	454 000 €
		Réalisé	160 375 €					160 375 €
	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 €					3 070 000 €
23-2	INCa	Budgété	0 €	300 000 €	600 000 €	900 000 €	1 000 000 €	2 800 000 €
		Réalisé						
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 €					1 410 000 €
23-4	INCa	Budgété	166 000 €	120 000 €	120 000 €	120 000 €	120 000 €	646 000 €
		Réalisé	132 162 €					132 162 €
	PLFSS (DGOS)	Budgété	0 €	1 000 000 €	2 000 000 €	2 000 000 €	2 000 000 €	7 000 000 €
		Réalisé						
23-5	INCa	Budgété	1 300 000 €	1 000 000 €	1 000 000 €	1 000 000 €	1 000 000 €	5 300 000 €
		Réalisé	10 000 €					10 000 €
	PLFSS (DGOS)	Budgété	2 000 000 €	6 000 000 €	18 500 000 €	13 500 000 €	13 500 000 €	53 500 000 €
		Réalisé	0 €					0 €
24-1	MESR	Budgété	0 €	686 000 €	1 445 000 €	1 806 000 €	2 348 000 €	6 285 000 €
		Réalisé						
	PLFSS (DGOS)	Budgété	0 €	686 000 €	1 445 000 €	1 806 000 €	2 348 000 €	6 285 000 €
		Réalisé						
24-2	PLFSS (DGOS)	Budgété	0 €	0 €	4 000 000 €	7 000 000 €	10 000 000 €	21 000 000 €
		Réalisé						
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 €					36 325 783 €

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						
	PLFSS (FICQS)	Budgété	0 €	0 €	300 000 €	600 000 €	1 000 000 €	1 900 000 €
		Réalisé						
25-2	PLFSS (DGOS)	Budgété	0 €	0 €	400 000 €	800 000 €	1 200 000 €	2 400 000 €
		Réalisé						
25-3	INCa	Budgété	0 €	500 000 €	1 100 000 €	1 700 000 €	2 300 000 €	5 600 000 €
		Réalisé						
25-5	PLFSS (DGOS)	Budgété	0 €	0 €	500 000 €	1 000 000 €	1 000 000 €	2 500 000 €
		Réalisé						
26-1	INCa	Budgété	0 €	500 000 €	1 500 000 €	2 500 000 €	3 000 000 €	7 500 000 €
		Réalisé						
26-2	INCa	Budgété	0 €	400 000 €	400 000 €	200 000 €	0 €	1 000 000 €
		Réalisé						
26-3	DGCS	Budgété	0 €	0 €	600 000 €	1 200 000 €	2 000 000 €	3 800 000 €
		Réalisé						
27-1	CNSA	Budgété	0 €	0 €	1 000 000 €	2 000 000 €	3 000 000 €	6 000 000 €
		Réalisé						
27-2	CNSA	Budgété	0 €	0 €	400 000 €	0 €	0 €	400 000 €
		Réalisé						
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								

Lexique

A

AAP : Appel à projets

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 contre le cancer

ASIP : Agence des systèmes d'information de santé partagés

ATU : Autorisation temporaire d'utilisation

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

C

CCAM : Classification commune des actes médicaux

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

CCPS : Comité consultatif des professionnels de santé (INCa)

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

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

CIRC : Centre international de recherche sur le cancer

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

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

CNIL : Commission nationale de l'informatique et des libertés

CNSA : Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie

CPP : Comité de protection des personnes

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

D

DGCS : Direction générale de la cohésion sociale

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

DGOS : Direction générale de l'offre de soins

DGRI : Direction générale pour la recherche et l'innovation

DGT : Direction générale du travail

DGTPE : Direction générale du trésor

DSS : Direction de la sécurité sociale

H

HAS : Haute autorité de santé

HCSP : Haut comité de santé publique

I

INCa : Institut national du cancer

INCTR : International network for cancer treatment and research

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

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

InVS : Institut de veille sanitaire

IRD : Institut de recherche pour le développement

IReSP : Institut de recherche en santé publique

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

L

LEEM : Les entreprises du médicament

LNCC : Ligue nationale contre le cancer

M

MAE : Ministère des affaires étrangères

MDPH : Maison départementale des personnes handicapées

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

MSA : Mutualité sociale agricole

O

ONDPS : Observatoire national de la démographie des professions de santé

P

PAIR : Programme d'actions intégrées de recherche

PHRC : Programme hospitalier de recherche clinique

PLF : Projet de loi de finances

PLFSS : Projet de loi de financement de la sécurité sociale

PMSI : Programme de médicalisation des systèmes d'information

PNNS : Programme national nutrition santé

PNREST : Programme national de recherche en environnement santé travail

PNSE : Plan national santé environnement

R

RBU : Référentiel de bon usage

RCP : Réunion de concertation pluridisciplinaire

RRC : Réseau régional de cancérologie

S

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

STIC : Soutien aux techniques innovantes coûteuses

V

VADS : Voies aérodigestives supérieures

VIH : Virus de l'immunodéficience humaine

VHC : Virus de l'hépatite C



Liberté • Égalité • Fraternité

RÉPUBLIQUE FRANÇAISE



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