

— PLAN  
cancer   
2014-2019

# 4<sup>E</sup> RAPPORT AU PRÉSIDENT DE LA RÉPUBLIQUE

Février 2018



4<sup>E</sup> RAPPORT AU PRÉSIDENT DE LA RÉPUBLIQUE  
FÉVRIER 2018



*Liberté • Égalité • Fraternité*  
RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

---



# Sommaire

## INTRODUCTION ..... 5

## 1. GUÉRIR PLUS DE PERSONNES MALADES..... 7

- Objectif 1** La préparation de la généralisation du dépistage organisé du cancer du col de l'utérus est terminée et les premières actions du nouveau plan sur le dépistage du cancer du sein sont engagées..... 7
- Objectif 2** La qualité et la sécurité des soins sont renforcées par une offre complète de recommandations, l'adaptation de l'organisation des soins des enfants et le développement du partage électronique des dossiers médicaux ..... 12
- Objectif 3** Le nouveau modèle de financement forfaitaire et la consultation de primo prescription de chimiothérapie orale sont mieux valorisés ..... 16
- Objectif 4** Les nouvelles formations en oncologie du 3<sup>e</sup> cycle sont entrées en vigueur et le contenu des nouveaux métiers a été précisé ..... 18
- Objectif 5** Les essais, le repérage et le financement de l'innovation pharmaceutique progressent ..... 20
- Objectif 6** Les conditions d'analyse complète du génome se mettent en place, et l'accès au dispositif d'oncogénétique et à l'immunothérapie est accru ..... 22

## 2. PRÉSERVER LA CONTINUITÉ ET QUALITÉ DE VIE ..... 29

- Objectif 7** Référentiels, expérimentations, information et formation des médecins sont des leviers pour renforcer la qualité de vie des patients..... 29
- Objectif 8** Des moyens financiers et législatifs pour encourager l'activité physique et des orientations et outils sont mis en place pour permettre la préservation de la fertilité ..... 35
- Objectif 9** Le droit à l'oubli a été étendu et la mobilisation se poursuit pour le maintien et le retour dans l'emploi..... 38

## 3. INVESTIR DANS LA PRÉVENTION ET LA RECHERCHE ..... 43

- Objectif 10** La stabilité de la prévalence du tabagisme depuis 2010 appelle des mesures fortes ..... 43
- Objectif 11** 40 % des cancers évitables : des campagnes de communication et des expertises ciblent les facteurs de risque alcool et nutrition ..... 45
- Objectif 12** Prévenir les cancers liés au travail ou à l'environnement..... 51
- Objectif 13** Socle de l'innovation, la recherche fondamentale, intégrée et pluridisciplinaire est encouragée et soutenue ..... 52

## **4. OPTIMISER LE PILOTAGE ET LES ORGANISATIONS ..... 57**

<b>Objectif 14</b>	Le comité de démocratie sanitaire de l'INCa ainsi que les instances décisionnelles des SIRIC et Cancéropôles permettent de faire vivre la démocratie sanitaire.....	57
<b>Objectif 15</b>	Les données d'observation ont été actualisées, consolidées et rendues plus accessibles.....	59
<b>Objectif 16</b>	L'INCa renforce son action européenne et internationale pour faire face aux défis mondiaux de la lutte contre le cancer .....	61

## **AVANCEMENT DU PLAN CANCER : SYNTHESE DE L'AVANCEMENT ET TABLEAUX DE SUIVI ..... 67**

# INTRODUCTION

Dans ce 4<sup>e</sup> rapport adressé au président de la République, l'Institut national du cancer, responsable du pilotage du Plan cancer 2014-2019 pour le compte des ministres chargés de la santé et de la recherche, présente avec ses partenaires la progression globale et l'avancement des 208 actions.

À deux ans de l'échéance du troisième Plan cancer, la mobilisation de l'ensemble des acteurs locaux et nationaux a permis de réaliser près des deux tiers des jalons du Plan. L'année 2017 a vu des avancées concrètes dans tous ses champs d'interventions, prévention, dépistage, recherche, offre de soins et recommandations.

En septembre 2017, l'Institut national du cancer a renouvelé sa campagne « 40 % des cancers sont évitables », davantage cette fois centrée sur l'alimentation et l'alcool. Un travail de prévention qui se poursuit avec les conclusions d'un avis d'experts appelant à un renouvellement de l'action publique en matière d'alcool et des repères de consommation. La lutte contre le tabagisme quant à elle s'affermi, avec la décision du gouvernement d'augmenter significativement le prix du tabac -mesure dont l'efficacité est démontrée-, le renouvellement de l'opération « Moi(s) sans tabac » coordonnée par Santé publique France, et la création d'un fonds de lutte dédié, alimenté par une contribution sociale sur le chiffre d'affaires des distributeurs de tabac.

Le plan de modernisation du dépistage du cancer du sein lancé en avril 2017 est engagé autour de trois axes : le renouvellement de l'information avec la publication d'un nouveau livret d'information des femmes et d'un site internet ; l'instauration d'une première consultation dédiée à la prévention à 25 ans ; l'expérimentation de la dématérialisation des mammographies dans la perspective d'améliorer la qualité et l'efficacité du programme. L'année 2017 a également permis de préparer la généralisation du dépistage du cancer du col de l'utérus, avec pour objectifs de réduire l'incidence comme le nombre de décès, et de développer la vaccination contre les papillomavirus humains.

L'accompagnement des entreprises facilite le maintien et le retour à l'emploi des salariés touchés par un cancer. Dix-sept d'entre elles, employant plus de 300 000 personnes, se sont engagées sur des mesures concrètes. La démarche rencontre un écho très positif, et fait tache d'huile auprès d'entreprises de toutes tailles et de tous secteurs d'activité. Cet effort trouve désormais un relais déterminant dans les plans régionaux de santé au travail.

Tout en poursuivant son effort de soutien à la recherche fondamentale, l'Institut national du cancer a lancé le programme AcSé E-Smart qu'il cofinance avec l'Institut Gustave Roussy, l'association Imagine for Margo et la Fondation ARC et qui permet un accès à l'innovation pour 70 enfants en échec thérapeutique dans 20 pathologies différentes.

L'Institut national du cancer mobilise ses partenaires, communauté des soignants, chercheurs, acteurs de la prévention, des grandes associations et fondations dans la lutte contre les cancers et pour répondre aux attentes des malades et de leurs proches. Il s'agit collectivement de veiller à la cohérence des actions autour des objectifs communs du Plan cancer. Si notre organisation et notre mobilisation sont fortes, il ne faut pas masquer

l'importance et la complexité de la tâche à venir, en raison à la fois des évolutions démographiques qui voient le nombre de cas de cancers augmenter, et de progrès thérapeutiques qu'il faudra stimuler, évaluer et rendre accessibles à tous. Alors que la fin du Plan approche, et alors que sa mise en œuvre s'avère satisfaisante, nous devons persévérer afin de faire naître de nouveaux espoirs : pour les malades, pour leurs proches, pour tous nos concitoyens.

# 1. GUÉRIR PLUS DE PERSONNES MALADES

**Objectif 1** La préparation de la généralisation du dépistage organisé du cancer du col de l'utérus est terminée et les premières actions du nouveau plan sur le dépistage du cancer du sein sont engagées

**Le dépistage du cancer du col de l'utérus sera généralisé en 2018 et la vaccination HPV sera renforcée**

Actions 1.1, 1.2, 1.3 et 11.8

L'objectif du programme national est de réduire l'incidence et le nombre de décès par cancer du col de l'utérus de 30 % à 10 ans, en atteignant 80 % de taux de couverture dans la population cible.

Le cahier des charges du programme national de dépistage organisé du cancer du col de l'utérus a été élaboré par l'Institut national du cancer (INCa) en lien avec la Direction générale de la santé (DGS), à partir des travaux du comité technique et de prospective du dépistage du cancer du col de l'utérus. Il prévoit :

- l'inclusion de l'ensemble des femmes de 25 à 65 ans ;
- l'envoi de courriers d'invitation/relance aux femmes ne réalisant pas spontanément le test de dépistage ;
- le suivi de l'ensemble des femmes dont le test de dépistage est positif ;
- le passage au prélèvement en milieu liquide conformément aux bonnes pratiques ;
- des actions spécifiques en direction de populations vulnérables et/ou très éloignées du système de santé.

Pour prévenir le cancer du col de l'utérus, il est nécessaire d'accroître la vaccination contre les papillomavirus humains (HPV) car le taux de vaccination est faible en France avec une couverture inégale sur le territoire.

Pour augmenter le taux de vaccination, la communication ciblée sur la vaccination HPV a été renforcée vers les prescripteurs et le grand public.

### Vers les prescripteurs

La semaine européenne de la vaccination (23 au 29 avril 2017) a été l'occasion de sensibiliser médecins et sages-femmes à la vaccination contre le HPV, par un courrier du Président de l'INCa réaffirmant son importance et ses enjeux et par l'envoi du « disque-calendrier des vaccinations 2017 » élaboré par Santé publique France. Deux articles ont été publiés dans le Bulletin épidémiologique hebdomadaire (BEH) à partir des données du Baromètre Santé 2016, le premier sur « L'Adhésion à la vaccination en France », et le deuxième sur les « Sources d'information, opinions et pratiques des parents en matière de vaccination ».

### Vers le grand public

Santé publique France a poursuivi ses actions de communication pour promouvoir les vaccinations HPV et hépatite B vers le grand public et les professionnels de santé :

- campagne de promotion digitale en juin et octobre 2017 pour améliorer la notoriété du site [www.vaccination-info-service.fr](http://www.vaccination-info-service.fr) ;
- plan de diffusion en septembre 2017 (150 000 points) avec proposition de commandes des outils existants : collection « 5 bonnes raisons de se faire vacciner » (grand Public) ; « Prévention du cancer du col » (professionnels de santé) ; carte postale simplifiée du calendrier des vaccinations (grand public).

## Couverture vaccinale HPV

24,4 % pour une dose à 15 ans

19,1 % pour le schéma complet à 16 ans

36 500 professionnels de santé

et 17 sociétés savantes

sensibilisées à la vaccination HPV

## LES ACTIONS EN RÉGION. UN ENGAGEMENT FORT DANS LA PRÉVENTION ET LE DÉPISTAGE DU CANCER DU COL DE L'UTÉRUS

L'année 2017 a été très structurante pour la prévention et le dépistage du cancer du col de l'utérus en région. La préfiguration du dépistage organisé s'est poursuivie sur l'ensemble du territoire.

Les professionnels, effectuant les frottis cervico-vaginaux autres que les gynécologues, ont été identifiés sur les territoires, ainsi que leurs besoins de formation. La Corse, la Guadeloupe, la Martinique, Grand-Est, l'Île-de-France et Provence-Alpes-Côte d'Azur se sont engagées dans cette démarche. Les actions envers les populations les plus vulnérables ou pour lesquelles l'accès aux soins est difficile, ont été renforcées. Par exemple, la diffusion de kits d'autoprélèvements pour la détection de l'HPV a été initiée en Guyane auprès des populations précaires, ainsi que la sensibilisation au frottis dans des centres sociaux et centres d'hébergement d'urgence en Guadeloupe. Ces actions spécifiques soutiennent la démarche d'intégration de la lutte contre le cancer du col de l'utérus dans les contrats locaux de santé, les CPOM État-ARS et les programmes régionaux d'accès à la prévention et aux soins.

Malgré les réticences parfois fortes à l'encontre de la vaccination, les actions anti-HPV se sont développées. Des conventions ARS-Education nationales ont ainsi été signées, engageant les collèges et les lycées dans la promotion de la santé par la vaccination, à l'exemple de la Martinique. Dans d'autres régions, les dispositifs généraux d'information ont été renforcés, comme dans les Pays de la Loire où, en partenariat avec le CHU d'Angers, un poster intitulé « Vaccination contre le papillomavirus » a été créé, destiné aux salles d'attente de gynécologie et de pédiatrie du CHU, des CH de Cholet et de Saumur.

## Un nouveau plan de dépistage du cancer du sein a été mis en place

Actions 1.6 et 1.9

Une information renouvelée pour les 9 millions de femmes invitées

Le 6 avril 2017, la ministre de la Santé a détaillé le plan de modernisation du dépistage du cancer du sein. L'INCa a publié en septembre 2017 un nouveau livret d'information afin de répondre aux principales questions sur les cancers du sein et leurs examens de dépistage. Volontairement sobre dans sa forme comme dans sa narration des éléments clés d'expertise, ce livret propose une information complète et équilibrée sur les cancers du sein et les facteurs de risque (âge, mode de vie, antécédents médicaux personnels ou familiaux). Il décrit les bénéfices et les limites du dépistage du cancer du sein, ses modalités pratiques, et présente également les risques liés à son absence. Diffusé lors de la première invitation au dépistage et accessible sur le site e-cancer.fr, ce livret est aussi proposé en version synthétique à l'ensemble des femmes déjà invitées.

Les courriers d'invitation ont également été actualisés et adaptés aux différentes étapes.

Une meilleure information des femmes à 25 ans : prévenir avant de dépister

Une consultation dédiée à la prévention de tous les cancers sera proposée aux femmes de 25 ans pour les informer sur le dépistage et sur ses modalités selon les antécédents et les facteurs de risque de chacune. Cette consultation sera également l'occasion d'informer les femmes sur le dépistage du cancer du col de l'utérus. Le PLFSS 2018 institue la prise en charge intégrale de cette consultation par l'Assurance maladie.

La dématérialisation des mammographies fait l'objet d'expérimentations

L'INCa a lancé une dynamique d'expérimentation de dématérialisation des mammographies de dépistage dès 2016, afin de poursuivre l'amélioration de la qualité et de l'efficacité du programme. Un premier appel à projets a permis de retenir deux projets en Alsace et en Île-de-France (départements 94-93-78). Deux nouveaux territoires d'expérimentation ont été sélectionnés en 2017 : la Normandie et La Réunion.

## La communication sur le dépistage du cancer colorectal est renforcée et les travaux sur de nouvelles modalités de remise du test sont en cours

### Action 1.6

Le taux de participation au dépistage du cancer colorectal en France (28,6 %) reste très inférieur à l'objectif européen minimal, fixé à 45 %. C'est pourquoi l'INCa a reconduit une nouvelle campagne de communication qui y est dédiée, par télévision et presse. Cette campagne a été renouvelée en novembre, dans la presse et sur le web, ainsi qu'auprès des médecins généralistes.

Malgré une compensation partielle par une meilleure performance du nouveau test (détection de 2,4 fois plus de cancer et 3,7 fois plus d'adénomes avancés), les chiffres de participation (28,6 %) ne sont pas supérieurs à ceux observés dans le précédent programme (de l'ordre de 29-30 %). Cela pointe les insuffisances actuelles de la stratégie de remise de tests aux personnes concernées via le seul médecin traitant, d'autant que 30 % des personnes de la tranche d'âge cible ne le consultent pas au cours d'une année (données CNAMTS 2016).

La Direction générale de la santé (DGS), l'INCa, Santé publique France et la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés (CNAMTS) travaillent actuellement sur la diversification des points d'accès via d'autres professionnels de santé (gastroentérologues, gynécologues, pharmaciens, centres d'examen de santé...) et sur l'adressage direct des tests par courrier aux personnes concernées. Les principaux scénarios, notamment l'envoi de test avec le courrier de relance pour les personnes qui n'auraient pas consulté leur médecin, font actuellement l'objet d'une étude médico-économique pilotée par l'INCa. La place du pharmacien comme la possibilité d'obtenir le test après coupon-réponse ou via un site internet pourraient être expérimentées.

Détecté tôt le cancer colorectal se guérit dans 9 cas sur 10

18 000 décès annuels du cancer colorectal

Un taux de participation de **28,6 %** sur la période mi-avril 2015 à décembre 2016

## LES ACTIONS EN RÉGION. L'ACCÈS DE TOUS AUX DÉPISTAGES ORGANISÉS DES CANCERS DU SEIN ET COLORECTAL EST SOUTENU

La démarche de réduction des inégalités face au dépistage des cancers s'est poursuivie par l'inclusion systématique de la thématique dans les contrats locaux de santé en Bourgogne Franche-Comté, Centre Val-de-Loire, Grand Est et en Nouvelle Aquitaine. Certaines Agences régionales de santé (ARS) ont également intégré dans les contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens (CPOM) des structures de gestion, des actions fondées sur le ciblage des territoires d'actions prioritaires. Il en est ainsi notamment dans les Pays de la Loire, en Auvergne Rhône-Alpes, en Bretagne, en Grand Est. Des organisations alternatives sont également expérimentées pour faciliter l'accès aux tests de dépistage ou le suivi post-test ; telles la remise des tests par les laboratoires en Corse, ou en Auvergne Rhône-Alpes l'accompagnement vers la mammographie de dépistage dans des quartiers défavorisés.

Les ARS soutiennent également des actions d'accompagnement spécifiques pour les publics précaires, par des approches soit individuelles (ambassadeurs culturels spécifiquement formés en Bourgogne Franche-Comté, diffusion d'informations avec le concours des associations dans le Grand Est), soit plus collectives : mise en place de séminaires avec les travailleurs sociaux en Martinique, partenariats à la demande de municipalités en Pays de la Loire, voire avec appui sur des acteurs locaux comme l'Union régionale des centres sociaux (URCS) ou les Centres communaux d'action sociale (CCAS) en Provence-Alpes-Côte d'Azur.

Elles ont également renforcé les interventions de sensibilisation des personnes non francophones en s'appuyant sur des associations d'interprétariat, à l'instar du partenariat initié avec Migrations Santé Alsace du Grand Est, ou sur des associations d'alphabétisation telles que « Femmes dans la cité » en Provence-Alpes-Côte d'Azur.

Plusieurs régions ont conduit un état des lieux sur le dépistage des cancers chez les personnes en situation de handicap, comme c'est le cas en Centre Val-de-Loire, et en Hauts-de-France. Ce type de démarche permet d'adapter les actions nécessaires. Dans chaque département du Centre Val de Loire, les personnels des établissements médicosociaux recevant les personnes en situation de handicap sont spécifiquement formés et sensibilisés à l'importance du dépistage organisé des cancers, en s'appuyant par exemple sur des représentations de théâtre interactif à l'intention des personnes handicapées en établissements. Ceci à l'instar de la pièce « Il était une fois...Mammo et Colorecto », créée en 2012 en région Provence-Alpes-Côte d'Azur.

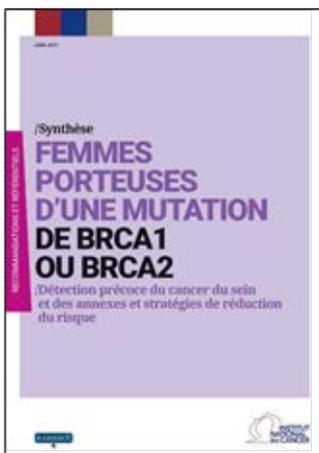
Enfin, les ARS ont soutenu les démarches adaptant les stratégies aux personnes sous main de justice : animation d'ateliers santé sur le dépistage du cancer colorectal, entretiens individuels avec une infirmière référente, mise à disposition de tests et réalisation de mammographies et frottis, avec accompagnement par les professionnels de santé de l'établissement (Bourgogne-Franche Comté, Provence-Alpes-Côte d'Azur).

## Objectif 2 La qualité et la sécurité des soins sont renforcées par une offre complète de recommandations, l'adaptation de l'organisation des soins des enfants et le développement du partage électronique des dossiers médicaux

### L'offre de recommandations et d'outils pour la pratique clinique enrichie

#### Action 2.7

L'Institut national du cancer (INCa) a consolidé et diversifié ses processus d'élaboration de recommandations, référentiels et avis afin de couvrir plus rapidement une majorité des situations cliniques et permettre une actualisation plus en phase avec l'évolution des données scientifiques validées. Par ailleurs, les formats ont évolué : tous les référentiels et recommandations de bonnes pratiques sont désormais diffusés dans un format synthétique, illustrés avec des schémas de type arbres de décisions, pour une utilisation facilitée. Les recommandations concernant les médicaments suivent la même logique et sont élaborées en cohérence avec l'approche par pathologie.



Ont été publiées en 2017, l'actualisation des recommandations « Femmes porteuses d'une mutation de BRCA1 ou BRCA2. Détection précoce du cancer du sein et des annexes et stratégies de réduction du risque », ainsi que les recommandations sur la « Conduite à tenir devant une femme ayant une cytologie cervico-utérine anormale ».

Le processus de labellisation de recommandations et référentiels nationaux a permis la sélection de quatre projets de recommandations portées par des sociétés savantes. Les travaux débutés portent sur l'élaboration de conduites à tenir pour le traitement des cancers de l'ovaire, des adénocarcinomes du pancréas, des méningiomes de grade 2 et 3 ainsi que des sarcomes de l'enfant et de l'adulte. Un

deuxième appel à candidatures « bonnes pratiques » est en cours d'analyse, tandis qu'un troisième vise l'élaboration de recommandations de prévention, suivi et gestion des médicaments anticancéreux par voie orale. Ces dernières seront déclinées en deux modèles de fiches synthétiques par molécules, destinées l'une aux professionnels de santé et l'autre aux personnes malades.

#### 3 nouvelles recommandations

de bonnes pratiques publiées, dont 1 recommandation labellisée INCa

13 projets en cours, dont 7 sélectionnés pour une labellisation INCa

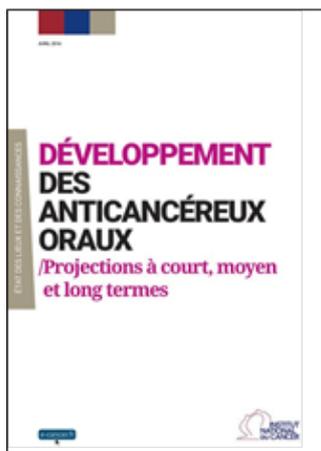
16 fiches déclinant les recommandations sur les effets indésirables des thérapies orales et 2 rapports sur les médicaments

4 avis d'experts élaborés



Dans le cadre de la labellisation, l'INCa a participé à la mise à jour des recommandations relatives au mélanome de stade III inopérable ou IV réalisée par la Société française de dermatologie.

Seize fiches déclinant les recommandations sur les effets indésirables des thérapies orales ont été publiées en 2017. Par ailleurs, une brochure interactive a été publiée pour informer les médecins généralistes sur l'organisation des soins en cancérologie, depuis le diagnostic et son annonce jusqu'au suivi partagé avec l'équipe spécialisée. Des ressources pratiques pour les professionnels de santé et les patients sont répertoriées.



Enfin, en réponse à des saisines ministérielles, l'INCa, en lien avec l'ANSM, a élaboré et publié plusieurs avis d'experts, dont :

- « Les taxanes dans le traitement des cancers du sein infiltrants non métastatiques ; conduites à tenir pour la prévention, le suivi et la gestion de certains effets indésirables potentiellement graves » ;
- « Préconisations de traitements de la leucémie aiguë lymphoblastique chez l'enfant et chez l'adulte dans un contexte de tension d'approvisionnement en Erwinase® (crisantaspase) ».
- Un rapport « Développement des anticancéreux oraux, projections à court, moyen et long termes »
- Un rapport sur « Le prix des médicaments anticancéreux »



## L'organisation des soins des enfants, adolescents et jeunes adultes est en cours d'adaptation à l'échelle régionale

### Actions 2.13 et 2.15

Dès le deuxième Plan cancer, une attention particulière avait été portée à la population des patients âgés de 15 à 24 ans. Celle-ci s'était concrétisée par la mise en place d'une expérimentation intitulée « Prise en charge novatrice des adolescents et des jeunes adultes ». Huit équipes avaient été retenues dans cette expérimentation qui s'est achevée en avril 2015.

Une instruction de la Direction générale de l'organisation des soins (DGOS) du 30 mai 2016 soutient financièrement les ARS dans la mise en place d'une organisation adaptée, le cas échéant appuyée sur une équipe de coordination, pour améliorer la prise en compte des besoins des adolescents et jeunes adultes. L'objectif est de mieux repérer ces jeunes, qu'ils soient soignés en service de cancérologie adulte ou pédiatrique, pour mieux répondre à leurs besoins - par exemple en soins de support - les orienter vers des professionnels adaptés à leur situation et lieu de vie, et coordonner leurs soins tout au long de leur parcours. Toutes les régions ont reçu un financement spécifique pour mettre en œuvre cette démarche. L'instruction DGOS/INCa du 26 mai 2016 vise également à identifier les évolutions en cours en cancérologie pédiatrique et leur impact sur le parcours des enfants, notamment en termes d'accès à des soins en proximité et de bonne coordination des acteurs spécialisés et de premier recours. Ces éléments permettront d'établir un plan d'action et d'alimenter la réflexion sur le futur régime d'autorisation en cancérologie qui intégrera l'oncologie pédiatrique.

## Les dossiers médicaux électroniques des patients sont mieux partagés

### Action 2.19

Le dossier communicant de cancérologie (DCC) est un outil numérique. Compte tenu de la pluralité des acteurs du parcours de soins en cancérologie, le DCC permet l'échange, notamment entre la ville et l'hôpital, des documents supports de la coordination des soins. Il en est ainsi de la fiche de synthèse de la réunion de concertation pluridisciplinaire (RCP) qui permet d'établir la proposition thérapeutique. Par ailleurs, le dossier médical partagé (DMP) se déploie de façon significative : près de 1 000 000 de dossiers ont pu être créés à la fin 2017, soit une augmentation de près de 75 % en un an. L'outil permet au patient d'accéder à ses données de santé et de les partager avec les professionnels de santé de son choix. Enfin, l'échange des informations médicales entre les professionnels passe nécessairement par l'utilisation d'une messagerie sécurisée. L'équipement des professionnels libéraux est en forte progression (cf. chiffres clés). Les documents du DCC peuvent à présent être facilement partagés via le DMP ou échangés par

### Le déploiement du dossier communicant en cancérologie

79 % des patients atteints de cancer ont un DCC en 2016, soit 15 % d'augmentation par rapport au début du 3<sup>e</sup> Plan cancer

Près de 40 000 professionnels libéraux équipés d'une boîte mail sécurisée (+60 % en 6 mois)

96 % des fiches des réunions de concertation pluridisciplinaires dématérialisées

messaging sécurisé pour à la fois accélérer l'information et améliorer la coordination des professionnels de santé de la ville et de l'hôpital. Le programme personnalisé de soins (PPS), remis au patient, sera également mis à la disposition des acteurs de manière dématérialisée. Sa diffusion aux professionnels concernés contribue et facilite la continuité des soins.

## LES ACTIONS EN RÉGION. LE MAILLAGE EN APPAREILS D'IRM/TEP EST RENFORCÉ AFIN DE RÉDUIRE LES DÉLAIS D'ATTENTE

La réduction des pertes de chance est une priorité majeure. Elle repose notamment sur l'accès à des soins de qualité en IRM/TEP, et sur le développement de la télémedecine.

Le maillage territorial en appareils d'IRM/TEP est globalement satisfaisant. Cette situation cache toutefois des disparités régionales et interrégionales. C'est pour y remédier que des mesures de déploiement de nouveaux appareils d'IRM et de TEP sont prises afin d'assurer une couverture adéquate dans les années à venir. Ainsi en Ile-de-France, une augmentation de 35 % du parc d'appareils d'IRM et 11 % du parc de scanners est prévue. Ce soutien au déploiement de nouveaux équipements a permis la diminution continue des délais d'accès à l'IRM et à la TEP en Ile-de-France.

Dans plusieurs régions (Ile-de-France, Normandie, par exemple) des enquêtes permettent de mesurer plusieurs types de délais tout au long du parcours : délais au diagnostic, d'accès à l'IRM, ou séparant l'acte chirurgical initial de la première cure de chimiothérapie par exemple.

### La télémedecine vient en soutien à l'organisation des soins

Le développement de la télémedecine est susceptible de contribuer à la réduction des pertes de chances. Elle propose – avec ses propres limites qui tiennent notamment à la sélection des informations soumises à distance et à la disponibilité d'experts-ressources- de nouveaux modes de pratique et/ou des solutions alternatives d'accès aux soins de qualité face à une démographie médicale parfois hétérogène. Dans plusieurs régions, des appels à projets de soutien à son développement ont été lancés.

Afin de contribuer à promouvoir la télémedecine en cancérologie où ses progrès sont inégaux, les Agences régionales de santé (ARS) soutiennent de nouveaux projets de télé-expertise, notamment en dermatologie. Ainsi en Île-de-France, un avis spécialisé est accessible via la plateforme régionale en télédermatologie, tandis qu'en Nouvelle-Aquitaine une expérimentation similaire est engagée auprès de détenus pour la détection précoce des cancers de la peau par les équipes de premier recours.

L'ARS Océan Indien s'investit dans la définition de protocoles de télémedecine entre Mayotte et La Réunion, dont la mise en œuvre devrait se concrétiser en 2018.

Afin de faciliter l'accès aux soins pour les populations les plus vulnérables, l'ARS Normandie a lancé un appel à projets « Télémedecine en EHPAD ».

Les nouveaux modes d'administration de la chimiothérapie, par voie orale ou en ambulatoire, poussent au développement de la télésurveillance. En région Occitanie, pour un meilleur parcours, le projet Santinel participe ainsi à l'amélioration de la qualité de vie des malades atteints d'un cancer à leur retour à domicile et à optimiser le temps des professionnels de santé grâce au développement de l'activité de télésurveillance. En Ile-de-France, le projet Applichimio explore l'apport de la télésurveillance à une chimiothérapie orale au domicile du patient. L'outil favorise également le suivi des patients au-delà des traitements actifs, à l'instar du projet Isère ADOM en Auvergne Rhône-Alpes qui surveille le poids, la tension artérielle, la fréquence cardiaque de la température voire, selon les cas, la saturation en oxygène, la glycémie et l'activité physique.

En Corse, un assistant de parcours et une plateforme collaborative permettent de sécuriser le parcours du patient et de favoriser les liens ville-hôpital.

### **Objectif 3** Le nouveau modèle de financement forfaitaire et la consultation de primo prescription de chimiothérapie orale sont mieux valorisés

#### **Un recueil d'activité de la radiothérapie, établi à l'aune du nouveau modèle de financement forfaitaire est déployé**

Actions 3.12, 17.5 et 17.6

Dans un contexte marqué par de fortes évolutions technologiques, l'adaptation du modèle de financement de la radiothérapie est une nécessité pour une meilleure prise en compte de l'approche globale du parcours des patients, adaptée à l'enjeu de maîtrise des coûts. Une proposition de nouveau modèle de financement a été élaborée en

2016, établie sur une base forfaitaire construite par technique de radiothérapie. Un recueil médicalisé d'informations sur l'activité est associé à la démarche. À la demande des professionnels, les schémas de forfaits et le recueil d'activité ont été soumis en 2017 à une phase de pré-test auprès de centres volontaires, représentatifs du secteur hospitalier, public comme privé, et du secteur libéral (cabinets libéraux de radiothérapie). Les retours permettront le lancement à plus grande échelle, fin 2017 ou début 2018, du recueil d'activité « à blanc » qui sera découplé dans cette phase transitoire de ses effets financiers. Cette période permettra d'évaluer l'impact de la forfaitisation avant le déploiement effectif du nouveau modèle.

192 000 patients en radiothérapie en 2016 (+10 % depuis 2012)

4 100 000 séances (+5 % depuis 2012)

Source : Observatoire de la radiologie

#### **Un soutien financier est accordé aux établissements de santé pour organiser dans de bonnes conditions la consultation de primo prescription de chimiothérapie orale**

Actions 3.2 et 17.5

Face à l'essor des thérapeutiques orales, la DGOS et l'INCa ont conduit une réflexion visant à sécuriser ces soins qui se déroulent essentiellement au domicile avec le concours des acteurs du premier recours. L'objectif est de donner aux équipes hospitalières les moyens de conduire dans de bonnes conditions la consultation de primo prescription.

Cette étape est déterminante pour délivrer au patient toutes les informations nécessaires sur son traitement, le sensibiliser à l'observance et déceler éventuellement des difficultés de mise en œuvre à domicile. Elle peut nécessiter un temps plus long de consultation et la mobilisation de plusieurs compétences professionnelles (médecins, mais aussi infirmiers, pharmaciens). Aussi, un soutien financier a été apporté à la fois fin 2016 et en début d'année 2017 aux structures qui déclarent une activité de primo prescription de chimiothérapie orale.

## **ACTIONS EN RÉGION. LE DÉVELOPPEMENT SÉCURISÉ DES CHIMIOTHÉRAPIES ORALES EST POURSUIVI PAR UNE PLUS GRANDE MOBILISATION DES PROFESSIONNELS DE SANTÉ ET DES PATIENTS**

La sécurisation de l'utilisation des chimiothérapies orales repose sur une articulation ville-hôpital efficiente, sur la mise à disposition des professionnels de santé de ville d'une information exploitable relative aux effets indésirables, et sur l'éducation thérapeutique des malades.

Des initiatives de développement de modalités de coordination se sont poursuivies, avec notamment des projets extrahospitaliers, comme le dispositif Onc'IDEC expérimenté en Nouvelle Aquitaine.

En Grand Est, le dispositif développé par la Caisse autonome nationale de la sécurité sociale dans les mines (CANSSM) a pour objectif de coordonner les professionnels du parcours tout en développant des actions spécifiques pour des situations médicales et psychosociales complexes, ceci grâce à l'extension du champ d'intervention de l'infirmière diplômé d'État de coordination (IDEC) auprès des centres de santé du territoire, des médecins spécialistes, des infirmiers, du réseau de santé, du service social et l'hôpital.

D'autres projets visent à renforcer la coopération ville-hôpital en tissant des liens entre professionnels, à l'exemple du projet Pharm'observance en Provence-Alpes-Côte d'Azur, financé par l'ARS et soutenu par la faculté de Pharmacie de Marseille et l'Union régionale des professionnels de santé (URPS). Des pharmaciens hospitaliers proposent une formation à la pharmacie clinique à leurs confrères d'officine, sanctionnée par un diplôme d'études supérieures universitaire de soins pharmaceutiques appliqués à la personne âgée. Cette formation intègre la thématique des chimiothérapies orales et des actions d'éducation thérapeutique.

En Guadeloupe, une équipe mobile d'appui en cancérologie (EMAC) permet d'améliorer la coordination des soins ville-hôpital. Les professionnels engagés (infirmiers, assistants sociaux, psychologues, gestionnaires médico-administratifs parcours, sentinelles de proximité,) y déploient leur expertise sur le terrain face aux situations complexes. La prévention des ruptures s'articule sur la base d'un programme dit d'ONCO-VIGILANCES: suivi des parcours complexes, lien fréquent avec les autres opérateurs (réseaux de santé, PTA en cours de déploiement par exemple).

L'ensemble des professionnels de santé participant au suivi des patients en cours de traitement par chimiothérapie orale bénéficient de la mise à disposition d'informations relatives aux effets indésirables ; ceci via des fiches accessibles sur les sites de l'INCa, des Omédits ou diffusées par courriel aux directions des établissements de santé.

## **Objectif 4** Les nouvelles formations en oncologie du 3<sup>e</sup> cycle sont entrées en vigueur et le contenu des nouveaux métiers a été précisé

### L'organisation du 3<sup>e</sup> cycle des études de médecine a été révisée

#### Action 4.4

L'organisation du 3<sup>e</sup> cycle des études de médecine a été réformée par le décret du 25 novembre 2016, qui modernise le système de formation des médecins et simplifie le dispositif existant qu'il oriente vers l'acquisition progressive des connaissances et compétences professionnelles, avec trois phases : une phase socle, une phase d'approfondissement et une phase de consolidation largement dédiée aux stages.

En application de ce décret, l'arrêté du 21 avril 2017 précise les connaissances et les compétences génériques nécessaires. Celles qui sont spécifiques à chaque spécialité sont annexées dans les maquettes de formation des diplômes d'études spécialisées (DES). La durée de formation du DES d'oncologie est ainsi de 10 semestres. La maquette comporte deux options dites « précoces », l'étudiant devant obligatoirement choisir au cours de la phase socle entre l'option oncologie radiothérapie et l'option oncologie médicale.

L'arrêté fixe également les formations spécialisées transversales qui sont des options facultatives communes à plusieurs DES. Depuis la rentrée universitaire 2017-2018, deux formations spécialisées transversales en lien avec la cancérologie sont proposées aux étudiants en première année du 3<sup>e</sup> cycle des études de médecine : « Cancérologie déclinaison hémato-cancérologie pédiatrique » et « Cancérologie traitements médicaux des cancers, déclinaison cancérologie de l'adulte ».

#### 3<sup>e</sup> cycle des études en médecine

Un nouveau diplôme d'études spécialisées en oncologie

#### 2 nouvelles formations spécialisées transversales en cancérologie

### La profession de « physicien médical » a été reconnue comme profession de santé

#### Action 4.2

La loi du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé a autorisé le gouvernement à prendre par ordonnance les mesures permettant d'intégrer la profession de « physicien médical » aux professions de santé. Cette reconnaissance concourra à améliorer la qualité et la sécurité des soins grâce à une meilleure définition du rôle, des missions et de la formation de ces professionnels qui sont actuellement 600 sur notre territoire.

L'ordonnance n° 2017-48 du 19 janvier 2017 relative à la profession de physicien médical précise qu'au sein d'une équipe pluriprofessionnelle, le physicien médical apporte son expertise pour toute question relative à la physique des rayonnements ou de tout autre agent physique. Il est chargé de la qualité d'image, de la dosimétrie et de l'exposition aux autres agents physiques. Il s'assure que les équipements, les données et procédés de calcul

utilisés pour déterminer et délivrer les doses et les activités des substances radioactives administrées au patient sont appropriés et concourent à une optimisation de l'exposition aux rayonnements ionisants. Un décret en Conseil d'État, pris après avis de l'Académie nationale de médecine, définira les missions et les conditions d'intervention du physicien médical.

## **Le décret sur les actes relatifs aux manipulateurs d'électroradiologie médicale et du référentiel de formation a été publié**

### Action 4.3

La loi du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé supprime la présence systématique d'un médecin pour la réalisation des actes d'électroradiologie, mais précise que le manipulateur exerce sous la responsabilité d'un médecin ou sous l'autorité technique d'un physicien médical ou encore d'un pharmacien.

Le décret du 5 décembre 2016 relatif aux actes et activités réalisés par le manipulateur d'électroradiologie médicale, en application d'une prescription médicale ou d'un protocole, définit la nature de ces actes (diagnostic et traitements mettant en œuvre des rayonnements ionisants ou d'autres agents physiques), leurs domaines d'intervention (imagerie médicale, médecine nucléaire, radiothérapie, explorations fonctionnelles) et les décrit, en précisant la place du médecin ou du physicien médical (présence non obligatoire, possibilité d'intervention à tout moment, présence obligatoire). Le décret définit aussi les actes réalisés au sein d'une pharmacie à usage intérieur auxquels le manipulateur apporte son aide, sous l'autorité technique d'un pharmacien. Il répertorie les différentes actions d'éducation, de recherche, de prévention, de dépistage, de formation et d'encadrement.

Ce texte a fait l'objet d'une vaste concertation avec les représentants des différentes professions concernées et d'un avis du Haut Conseil des professions paramédicales et des Académies nationales de médecine et de pharmacie.

Le référentiel de formation des manipulateurs d'électroradiologie médicale est en cours d'actualisation.

## Objectif 5 Les essais, le repérage et le financement de l'innovation pharmaceutique progressent

### ESMART est le premier essai clinique AcSé entièrement dédié aux enfants et lancement de deux nouveaux essais AcSé sur l'immunothérapie

#### Action 5.6

Lancé en 2013 par l'INCa, le programme AcSé met à disposition des patients en rechute, pour lesquels il n'existe plus de proposition thérapeutique validée, un Accès Sécurisé à des thérapies ciblées innovantes en dehors d'une indication approuvée. Les firmes pharmaceutiques mettent gratuitement à disposition les molécules dans le cadre d'essais cliniques spécifiques, de promotion académique.

Ce programme répond à plusieurs principes : la sécurité des patients, la production de données scientifiques, l'équité sur l'ensemble du territoire français, la non-concurrence et l'ouverture aux enfants.

L'essai AcSé-ESMART, premier essai clinique de ce type entièrement dédié aux enfants, a été mis en place au cours du 2<sup>e</sup> semestre 2016, et fait suite aux deux premiers essais AcSé-Crizotinib et AcSé-Vemurafenib.

AcSé ESMART  
70 enfants traités dans près  
de 20 pathologies

Cet essai, promu par Gustave Roussy et financé par l'INCa, l'association Imagine for Margo et la Fondation ARC pour la recherche sur le cancer, vise à accélérer l'accès à l'innovation thérapeutique pour les enfants et les adolescents. Il a pour objectif de tester plusieurs molécules innovantes (thérapies ciblées, immunothérapies, seules ou en association) provenant de plusieurs laboratoires pharmaceutiques au sein d'un seul et même essai conduit en France au sein des 6 CLIP<sup>2</sup> pédiatriques (Centres Labellisés par l'INCa pour les essais de Phase Précoce).

### Deux nouveaux essais AcSé sur l'immunothérapie sont ouverts aux patients atteints d'un cancer rare

L'émergence de l'immunothérapie par anti PD1, nouvelle stratégie thérapeutique porteuse de grands espoirs en oncologie a conduit à l'élaboration des 4<sup>e</sup> et 5<sup>e</sup> essais du programme AcSé.

AcSé Immunothérapie  
et cancers rares  
60 patients inclus en 6 mois

Ces deux essais promus par UNICANCER, AcSé-Nivolumab [Opdivo<sup>®</sup> de Bristol Myers Squibb (BMS)] et AcSé-Pembrolizumab [Keytruda<sup>®</sup> de Merck Sharp & Dohme (MSD)], cofinancés par l'INCa, la Ligue contre le cancer et les deux laboratoires mettant à disposition leur molécule, ont officiellement été lancés en mai 2017.

Ils ont pour objectif d'évaluer deux agents anti PD1 dans le traitement de certains cancers rares, en s'appuyant sur l'organisation des réseaux labellisés à cet effet. Douze types de cancers rares (cohortes) sont aujourd'hui concernés par ces deux essais, prévus pour inclure en trois ans près de 550 patients en échec thérapeutique.

## Un financement renforcé de l'innovation pharmaceutique

Un fonds de financement de l'innovation pharmaceutique a été créé

### Action 5.10

Le dispositif d'autorisation temporaire d'utilisation (ATU) s'inscrit dans un ensemble de trois mesures de soutien à l'innovation, en plus du « Forfait innovation » et du « Référentiel des actes innovants hors nomenclatures » (RIHN). L'ensemble de ces trois mesures permet des soins précoces et dérogatoires des technologies de santé innovantes (médicaments, dispositifs médicaux et actes) et la synchronisation de ces financements.

En France, l'utilisation exceptionnelle de spécialités pharmaceutiques ne bénéficiant pas d'autorisation de mise sur le marché (AMM) et ne faisant pas l'objet d'un essai clinique est conditionnée à l'obtention préalable d'une ATU délivrée par l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé (ANSM). Les ATU peuvent être délivrées pour un seul patient nommé désigné, ou un groupe/sous-groupe de patients pour les médicaments selon certaines conditions. À titre d'exemple, les immunothérapies anti-PD1 (OPDIVO [nivolumab] et KEYTRUDA [pembrolizumab]) ont été mises à disposition précocement des patients en France via des ATU.

Afin de lisser dans le temps l'impact des variations des dépenses liées aux médicaments innovants, la loi de financement de la sécurité sociale 2017 a introduit un fonds de financement de l'innovation pharmaceutique (FFIP) destiné à l'ensemble des dépenses des médicaments sous ATU, ainsi que celles liées aux médicaments inscrits sur la « Liste en sus », remboursés aux établissements en plus des tarifs des séjours de leurs patients.

L'effort budgétaire consacré aux établissements de santé pour les ATU est important

395 M€ en 2016,  
multiplication par 14 entre 2013 et 2016

449 établissements, contre 171 en 2013

L'augmentation des demandes concernant le « forfait innovation » est encourageante

Dédié aux innovations de rupture, l'objectif du forfait innovation est la validation de la sécurité, de l'efficacité, voire de l'efficience d'un dispositif médical (DM) ou d'un acte innovant. Ce dispositif permet de proposer aux patients un accès précoce et sécurisé à ces innovations, tout en colligeant de manière structurée et encadrée les données cliniques et/ou médico-économique manquantes. Ces données probantes permettront aux pouvoirs publics de documenter une décision ultérieure de prise en charge.

Créé par la loi en 2009, ce dispositif juridique a suscité peu de demandes sous sa forme initiale. Actuellement, trois dispositifs médicaux bénéficient du forfait innovation, dont l'un concerne la thématique cancer. Il s'agit de l'étude de la destruction par ultrasons focalisés de haute intensité d'un adénocarcinome localisé de la prostate par le dispositif ABLATHERM dans 59 établissements de santé.

Par ailleurs, depuis la refonte de la procédure en 2015, dix dossiers de demandes de forfait innovation ont été déposés (toutes les thématiques confondues), dont neuf depuis novembre 2016. Cette augmentation est un signal positif d'appropriation du dispositif par les acteurs concernés.

## Développement d'un *horizon scanning* des médicaments et des biomarqueurs en France

### Objectif 5

L'arrivée sur le marché de médicaments innovants a bouleversé les stratégies thérapeutiques pour de nombreux cancers. Identifier précocement ces innovations s'avère nécessaire afin d'anticiper leurs conséquences sur le plan thérapeutique, en termes d'organisation des soins, et réaliser des projections économiques. À l'issue d'un benchmark international qui porte tant sur la définition et l'identification de l'innovation médicamenteuse en cancérologie que sur les procédés garantissant l'accès à cette innovation, l'INCa a publié un appel à candidatures afin de développer en France un programme d'*Horizon Scanning* dans le champ des médicaments anticancéreux et des biomarqueurs. Les réponses nourriront les travaux sur l'identification des innovations de la Direction générale de l'organisation des soins (DGOS), la Haute Autorité de santé (HAS) et l'Agence nationale de sécurité des médicaments (ANSM).

## Objectif 6 Les conditions d'analyse complète du génome se mettent en place, et l'accès au dispositif d'oncogénétique et à l'immunothérapie est accru

### Les conditions d'analyse complète du génome ont été progressivement mises en place

#### Actions 6.3, 6.4, et 6.5

L'Institut national du cancer (INCa) a mis en place et coordonne 28 plateformes de génétique moléculaire en France (génétique tumorale), afin de proposer à chaque patient une analyse moléculaire de sa tumeur ciblée sur un panel d'anomalies génétiques, et de lui proposer le cas échéant des thérapies adaptées aux anomalies moléculaires identifiées.

À la suite de la phase pilote lancée en 2013, le séquençage de nouvelle génération (NGS) ciblé sur un panel de gènes a été déployé dès 2015 dans l'ensemble des plateformes de génétique moléculaire et laboratoires d'oncogénétique. Les financements de l'INCa ont permis de soutenir la phase de validation technique du NGS et le recrutement de bioinformaticiens. Début 2017, l'ensemble des laboratoires d'oncogénétique (génétique constitutionnelle) ont achevé la transition vers le NGS. Les délais de réponse des laboratoires ont été réduits, passant de 34 à 24 semaines dans un contexte de syndrome « seins-ovaires » et se stabilisant à 26 semaines dans un contexte de syndrome de Lynch. Par ailleurs, la production de documents liés à la validation de méthodes selon les normes

### L'accès aux tests moléculaires

91 % des patients nécessitant ce test en ont bénéficié

18 jours pour réaliser un test (délai médian)

Pas de disparités territoriales

Source : ©Accès aux tests moléculaires EGFR, RAS et BRAF /Résultats d'une enquête dans 5 régions françaises, INCa, janvier 2016

de qualité existantes, ainsi qu'un document harmonisant le retour des résultats d'analyse par NGS aux oncologues, ont contribué à la mise en place de démarches qualité.

Le Plan France Médecine Génomique 2025 a pour objectif de doter notre pays des capacités de séquençage à très haut débit. Cela permettra à tous les patients atteints de cancer d'avoir accès, si nécessaire, au séquençage complet de leur tumeur et donne ainsi une nouvelle dimension à la médecine de précision.

L'Institut national du cancer a co-piloté avec la Direction générale de l'offre de soins (DGOS) le groupe de travail chargé de la conduite de l'appel à projets. Le Premier Ministre a annoncé le 17 juillet 2017, sur la base des propositions d'un comité d'évaluation international, la sélection des projets SEQOIA et AURAGEN.

L'un des quatre projets pilotes du Plan France Médecine génomique 2025 (mesure 5), visant à lever les verrous technologiques, cliniques et réglementaires, est dédié aux cancers. Ce projet pilote doit démontrer la faisabilité du séquençage du génome dans le cadre des soins des patients atteints d'un cancer. Le projet « MULTIPLI » permettra de confirmer la faisabilité du séquençage à grande échelle (Exome et RNAseq) en s'appuyant sur deux essais thérapeutiques sur les sarcomes (MULTIsarc) et les cancers colorectaux métastasés (acomPLI), dont l'INSERM est promoteur. En 2017, la sélection des molécules a été effectuée grâce à un appel d'offres aboutissant à un partenariat public-privé avec six laboratoires pharmaceutiques. Outre la rédaction des deux masters protocoles thérapeutiques, des procédures et des manuels opératoires du circuit génomique MULTIPLI, une étude de faisabilité du circuit génomique sur une vingtaine d'échantillons a permis de tester les procédures, les manuels opératoires et les délais de réalisation du séquençage avant l'ouverture des essais.

L'INCa contribue également à la mise en œuvre du Plan France Médecine génomique 2025 au travers de sa participation aux groupes de travail sur les aspects éthiques et réglementaires, avec notamment l'élaboration d'un modèle de consentement unique pour le soin, et la mise en œuvre du Collecteur analyseur de données (CAD) (mesure 2 du plan), et la rédaction du Livre Blanc du CAD.

## Le séquençage de nouvelle génération

Toutes les plateformes de génétique moléculaire et laboratoires d'oncogénétique ont transféré leurs activités sur des techniques de NGS ciblé

**83 % des cas index testés** en oncogénétique ont eu accès au NGS en 2016

**34 000 tumeurs analysées** en 2016 contre 14 000 en 2015

Source : 2 enquêtes réalisées en 2016 avec 5 ARS

## L'accès au dispositif d'oncogénétique a été amélioré pour les patientes porteuses d'une mutation BRCA atteintes d'un cancer de l'ovaire

### Action 6.1

Le pronostic du cancer de l'ovaire est sombre : peu d'alternatives médicamenteuses sont disponibles pour les patientes qui en sont atteintes et l'efficacité des anticancéreux est limitée. Il est donc essentiel de conforter l'accès de ces patientes à de nouvelles thérapies.

La fréquence élevée des mutations dans les cancers de l'ovaire, ainsi que le caractère constitutionnel de la majorité d'entre elles, confèrent une portée familiale majeure aux tests génétiques BRCA à réaliser dans l'optique d'une prescription potentielle d'inhibiteur de PARP. L'INCa a publié, en février 2017, un outil afin d'encadrer le parcours des patientes en génétique oncologique.

Par ailleurs, cinq laboratoires d'oncogénétique et plateformes de génétique moléculaire des cancers ont participé, entre mai 2015 et octobre 2017 à l'essai clinique européen PAOLA1. La randomisation dépendant de la présence ou non d'une mutation BRCA, l'essai devait être adossé à des structures capables de rechercher ce statut par séquençage NGS, ce qui est le cas des cinq structures sélectionnées.

Essai européen PAOLA1, 2,5 ans après son lancement

1 180 patientes européennes testées par les 5 centres français

307 patientes (26 %) identifiées comme porteuses d'une altération génétique BRCA

806 inclusions dont 329 patientes françaises

## LES ACTIONS EN RÉGION. L'ACCÈS AUX CONSULTATIONS D'ONCOGÉNÉTIQUE EST RENFORCÉ FAVORISANT L'ACCÈS AU DIAGNOSTIC INDIVIDUALISÉ

Malgré une hétérogénéité des pratiques et des organisations notamment en termes de traçabilité au sein des territoires, l'accès aux consultations d'oncogénétique s'est fortement renforcé au cours de l'année 2017, avec une croissance du recours aux consultations pouvant atteindre 15 points, comme en Corse. Afin de soutenir l'accès aux tests moléculaires pour les personnes les plus éloignées, des coopérations interrégionales voient le jour, comme pour les personnes résidant en Guyane grâce à la convention passée avec le CLCC Léon Bérard à Lyon.

Le suivi des personnes à haut risque s'est structuré, par exemple :

- le développement de consultations pour les femmes à haut risque de cancer du sein en Bourgogne Franche-Comté ;
- l'implantation d'un réseau d'aide au suivi des personnes prédisposées génétiquement en Bretagne, ou pour améliorer leur parcours en Occitanie.

Les efforts ont également porté sur la coordination des acteurs de l'oncogénétique. Ainsi, le principe d'un plateau de biopathologie favorisant la coordination des oncologues cliniciens, des anatomocytopathologistes (ACP) et des biologistes a été retenu en Grand Est. Des réunions de concertation pluridisciplinaires (RCP) moléculaires associant notamment des oncologues, des anatomopathologistes et des biologistes ont été mises en place. Un oncogénéticien est présent en cas de découverte incidente.

## L'immunothérapie modifie les stratégies thérapeutiques

Après des décennies de résultats décevants, les résultats prometteurs de plusieurs traitements d'immunothérapie spécifique, et plus particulièrement des inhibiteurs de points de contrôle, ont repositionné l'immunothérapie comme une arme majeure dans le traitement du cancer. Cette approche thérapeutique a commencé à modifier en profondeur le paysage de la cancérologie. Plusieurs inhibiteurs de points de contrôle ont montré des efficacités cliniques remarquables associées à des réponses durables dans de nombreuses localisations tumorales et ont d'ores et déjà reçu une autorisation européenne de mise sur le marché.

Ces médicaments sont associés à de nombreux enjeux de recherche, d'identification des patients répondeurs, d'éléments médicaux (bouleversement de certaines stratégies thérapeutiques en particulier dans le traitement des mélanomes), économiques et réglementaires.

Dans le domaine de la recherche, de nombreux projets d'immunothérapie sont soutenus au travers des appels à projets de recherche fondamentale (PLBIO), translationnelle (PRTK et TRANSCAN2- JTC15) et clinique (PHRC). L'ITMO cancer et l'INCa ont également organisé un colloque international « *Cancer Immunotherapy 2017, progresses & challenges* », réunissant plus de 400 chercheurs, chercheurs, cliniciens, et industriels afin de discuter des perspectives présentes et futures de ce champ en pleine expansion.

Le pembrolizumab a obtenu une autorisation de mise sur le marché (AMM) en première ligne pour des patients adultes atteints d'un cancer bronchique non à petites cellules métastatiques dont plus de 50 % de cellules tumorales expriment PD-L1. La recherche de l'expression de PD-L1 deviendra donc indispensable en routine clinique pour un très grand nombre de patients. L'INCa soutient un travail spécifique, engagé dès 2015 avec les pathologistes des plateformes de génétique moléculaire et l'Association française d'assurance qualité en anatomie pathologique, pour évaluer la concordance entre les différents anticorps disponibles sur le marché et mettre en place des actions relatives à l'assurance qualité.

Enfin, l'INCa est responsable du workpackage 9 « Thérapies innovantes en cancérologie » du projet européen *Innovative Partnership on Action Against Cancer* (IPAAC) et qui sera centré sur les immunothérapies.

## Le partage de données et la description des essais de médecine moléculaire ont été facilités

### Actions 6.5 et 6.6

La médecine de précision a marqué un tournant dans la manière d'appréhender le cancer en générant d'importantes quantités de données cliniques et biologiques, dont l'utilisation soulève de multiples questions. Le groupe OSIRIS (grOupe inter-SIRIC sur le paRtage et l'Intégration des données) a proposé une approche nationale évolutive tirant parti des données ainsi générées au sein des essais cliniques menés en France.

La principale difficulté à un réel partage des données résulte de leur hétérogénéité et de celle des systèmes informatiques utilisés. Le travail de ce groupe a donc tout d'abord porté sur leur structuration et leur standardisation. En 2017, après trois années de travail

collaboratif, le groupe OSIRIS a défini et publié une liste d'items cliniques et omiques clés dans la description des essais de médecine de précision. Cette liste est mise à disposition de la communauté médico-scientifique sur le site <https://github.com/siric-osiris/OSIRIS>.

L'étape suivante est la réalisation d'une preuve de concept, qui doit valider la démarche en éprouvant les modèles et les terminologies employées sur des données réelles et permettre ainsi la mise en commun des données d'un petit nombre de patients provenant de 6 essais cliniques moléculaires en onco-hématologie (ProfiLER, SHIVA, SAFIR, MOSCATO, PerMed et GRAALL). Cette étude, financée par l'INCa, a été initiée en 2017 et se poursuivra en 2018.

## Et également en 2017 (Objectifs 1 à 6)

### DÉPISTAGES

- **Campagne de communication sur le frottis de dépistage du cancer du col de l'utérus (janvier 2017), Action 1.9**

Rediffusion de la campagne radio interpellant les femmes de plus de 45 ans sur l'importance de continuer à réaliser un frottis de dépistage du cancer du col de l'utérus.

- **La recherche a été renforcée pour aider à la décision des pouvoirs publics sur les évolutions du programme de dépistage du cancer du sein**

Les résultats d'une étude soutenue par l'INCa sur les préférences des femmes en matière de dépistage des cancers du sein, ont été publiés en août 2017. L'objectif était, au-delà de la position des experts ou des institutions, d'analyser comment les femmes concernées décidaient ou non de participer au dépistage et quelle était leur perception de la balance entre bénéfices et risques du dépistage. Cette étude confirme que les femmes seront d'autant plutôt enclines à réaliser un dépistage qu'il aura un impact élevé en termes de réduction de la mortalité, qu'il sera associé à des taux moindres de surdiagnostic et de faux positifs, qu'elles n'auront pas de reste à charge et qu'elles recevront une lettre d'invitation (plutôt que d'avoir à consulter un médecin).

- **Selon Santé publique France, la défavorisation sociale ne semble affecter que faiblement la participation au programme de dépistage organisé du cancer du sein, Action 1.7**

L'étude indique que les femmes vivant dans des communes moyennement défavorisées sont celles qui participent le plus au programme de dépistage organisé. Le recours au dépistage individuel pourrait expliquer une part importante des variations géographiques de participation au programme organisé.

### INFORMATION SUR LES ESSAIS CLINIQUES

- **La Ligue renforce l'information des patients avec le journal « Recherche clinique côté patients » distribué à 9 000 exemplaires, Action 5.4**

Ce magazine, conçu et édité par la Ligue contre le cancer, a été diffusé dans les lieux d'accueil des patients. Une rubrique spécifique « essais cliniques » a été ouverte sur son site internet pour renforcer l'information.



## 2. PRÉSERVER LA CONTInUITÉ ET QUALITÉ DE VIE

### **Objectif 7** Référentiels, expérimentations, information et formation des médecins sont des leviers pour renforcer la qualité de vie des patients

#### Les principes de l'annonce évoluent

##### Action 7.2

La mise en place des principes prévalants à respecter pour annoncer un diagnostic de cancer fait partie des critères qualitatifs que tout établissement de santé doit appliquer pour être autorisé à traiter le cancer. Cependant, son déploiement demeure encore très hétérogène, et ce parfois au sein d'un même établissement.

#### Dispositif d'annonce

84 % des établissements l'ont mis en place

42,4 % des patients ont eu une consultation médicale dédiée

Le référentiel sur l'annonce qui sera publié par l'INCa début 2018 conforte donc le rôle essentiel des professionnels de premier recours au moment de l'annonce, et plus largement dans le parcours de soins en cancérologie. Il formalisera les différents temps proposés, leur contenu, ainsi que les outils permettant à la fois une coordination renforcée entre les professionnels et un meilleur accompagnement des patients.

Ces évolutions doivent permettre de délivrer au patient une information progressive adaptée tenant compte de ses besoins et attentes ainsi que ceux de ses proches. Une attention toute particulière doit être portée aux enfants, mais aussi aux publics les plus fragiles, dont l'accompagnement peut également nécessiter l'intervention de professionnels des champs social et médico-social.

#### Des orientations fortes ont été données pour renforcer l'accès aux soins de support

##### Action 7.6

Les soins de support sont désormais partie intégrante du parcours de soins en cancérologie. Pour répondre aux attentes des patients l'offre en place en région doit évoluer. Un travail conjoint de la DGOS et de l'INCa a permis, au travers d'une instruction du 23 février 2017, d'impulser une réflexion régionale sur ce sujet, avec plusieurs ambitions. Ainsi, la DGOS et l'Institut national du cancer ont demandé aux ARS de mieux organiser l'offre dans une logique de gradation, et d'en assurer une meilleure lisibilité. Il a également été demandé aux ARS de mobiliser et soutenir la médecine de ville dans l'offre des soins de support.

## Un référentiel organisationnel du traitement précoce de la souffrance psychique des patients atteints de cancer va être publié

### Action 7.6

Le traitement de la souffrance psychique est l'une des composantes des soins de support qui peuvent être proposés à chaque patient. Le parcours de soins des patients atteints de cancer doit aujourd'hui garantir trois principes structurants :

- le repérage systématique et précoce des besoins de traitement psychique des patients, de leur orientation adéquate vers les soins psychiques adaptés, au plus près de leur lieu de vie ;
- l'équité d'accès à des soins psychiques adaptés ;
- la continuité dans le parcours de soins psychiques du patient.

Le référentiel organisationnel de détection, d'évaluation, d'orientation et d'accompagnement des patients atteints de cancer en souffrance psychique, finalisé fin 2017, a un double objectif : aider les professionnels en établissement ou en ville, qu'ils soient ou non spécialistes des soins psychiques, à détecter et évaluer les besoins des patients ou de leurs proches en situation de souffrance psychique présente ou potentielle, et renforcer la qualité de l'organisation de ces soins psychiques. L'INCa s'est appuyé sur un groupe d'experts pluriprofessionnel et plurisectorial (public et privé, ville et hôpital, associations) pour l'élaboration de ce référentiel.

## LES ACTIONS EN RÉGION. LES SOINS ONCOLOGIQUES DE SUPPORT SONT DÉVELOPPÉS POUR AMÉLIORER LE PARCOURS ET LA QUALITÉ DE VIE DES PATIENTS

En Normandie, une cartographie numérique répertorie tous les soins de support et ressources hors établissement à chaque étape du parcours par spécialité d'organes et par profil. En Pays de la Loire, la cartographie interactive du réseau régional en cancérologie ONCOPL, tout comme celle déployée en Nouvelle Aquitaine, assure la lisibilité de l'offre de soins de support en cancérologie que complétera un annuaire de l'offre au sein des établissements de la région. Dans les régions Provence-Alpes-Côte d'Azur et Corse, les ARS financent la mise en place du Répertoire régional de soins de support (RRSOS), à partir d'un recensement des lieux et types d'ateliers réalisé par le RRC Onco Paca Corse. Enfin, en région Auvergne Rhône-Alpes, le réseau RESC-RA a mis en service une plateforme RESSOURCES avec une page dédiée aux soins de support comportant un annuaire des ressources sur la région.

Ces démarches d'informations, plutôt collectives, sont complétées par d'autres plus individuelles en direction des patients. En Normandie, les patients reçoivent un dossier de liaison intégrant un répertoire des professionnels impliqués dans leur parcours, ainsi qu'un livret d'information sur la sexualité et le cancer, conçu en collaboration avec Ligue contre le cancer. La plateforme régionale d'oncologie en Martinique (GIP PROM) soutenue par l'ARS a développé avec cinq municipalités un projet expérimental de points d'information, adaptés aux malades du cancer, à proximité des lieux de vie, en s'appuyant sur les associations de quartier.

Des dispositifs visent également à soutenir la vie à domicile grâce à des actions d'accompagnement des patients et de leurs proches. Dans ce cadre, dans les Hauts-de-France, l'ARS et le Conseil régional ont mis en place 9 Espaces Ressources Cancer, centrés sur leur accompagnement ; notamment sur le plan psychologique et social par la proposition d'ateliers et groupes de parole sur l'activité physique adaptée, la diététique, ou la sophrologie. En Ile-de-France, près d'une vingtaine de réseaux de santé territoriaux plurithématiques proposent des soins de support, individuels ou collectifs, adaptés au mieux aux besoins des personnes accompagnées ; et un soutien psychologique est également proposé aux aidants familiaux. En Provence-Alpes-Côte d'Azur, un programme de soutien psychologique en ville déployé par le réseau ILHUP favorise l'accès aux consultations dédiées des patients et de leur entourage, grâce à un lien vers des psychologues libéraux. À La Réunion, l'accès au soutien psychologique, à la diététique, à la sexologie et à la socio-esthétique se développe du fait d'une meilleure connaissance de l'offre par les acteurs de terrain.

Cette offre de soins de support est parfois accompagnée d'actions spécifiques envers les personnes les plus éloignées du système de santé. Ainsi en Guyane, le développement de l'offre de soins de support, et du soutien psychologique, en lien avec le réseau régional, s'appuie sur un accès à des médiateurs culturels dans les établissements de santé.

### D'anciens patients font profiter de leur expérience les professionnels de santé et les patients

#### Action 7.15

Une expérimentation est conduite par la Ligue contre le cancer sur le patient dit « ressource ». L'expérimentation est déclinée dans trois régions : Grand Est, Provence-Alpes-Côte d'Azur (PACA) et Pays de la Loire dans 14 établissements de soins et 8 universités ou écoles de formations.

D'une part, des patients ressource « témoin » partagent leurs expériences auprès des professionnels de santé en formation (internes en médecine, pharmaciens, infirmières), et d'autre part, des patients ressource « parcours » interviennent dans les établissements de santé auprès de la personne malade tout au long du parcours de soins.

Les patients ressource sont choisis, formés et accompagnés par la Ligue contre le cancer.

#### Expérimentation « patient ressource »

93 patients ressource « témoin » formés

34 patients ressource « parcours » formés

Leur apport, tant auprès des personnes malades que des professionnels de santé, est suivi et évalué. L'évaluation des interventions des patients ressource témoins a commencé en 2017, tant auprès des personnes ayant suivi les cours que des patients ressource témoins eux-mêmes, puis six mois après l'intervention (594 réponses de professionnels de santé et 134 réponses d'étudiants, soit un taux de réponses de 39 % ; 55 réponses de patients ressource témoin au 24/10/2017).

### Témoignage de Frédéric, patient ressource « témoin »

« J'ai accepté d'être patient ressource témoin, sur sollicitation du Comité départemental de la Ligue contre le Cancer, pour quatre grandes raisons :

- le vécu personnel ;
- la recherche de rencontres enrichissantes, en particulier avec d'autres patients ressource ;
- le refus de tourner la page sur l'épreuve traversée ;
- le besoin de partager mon expérience.

J'ai participé à la mise en place du dispositif à ses débuts. La formation m'a particulièrement permis de comprendre le rôle du patient ressource. Parmi les difficultés dans la démarche, je citerai les émotions, qui peuvent être plus ou moins importantes selon les jours.

Parmi les satisfactions tirées de l'expérience, je n'ai jamais le sentiment de perdre mon temps et j'ai toujours de très bons retours de la part de l'auditoire. Je reçois par ailleurs les encouragements permanents du Comité départemental et je retire la satisfaction de faire passer un message et de contribuer à une prise de conscience. »

### Témoignage de Valérie, patiente ressource « parcours »

« J'ai souhaité m'engager, car, par mon vécu, je connais le poids que peut avoir la rencontre d'un ancien malade pour un patient malade. Je me suis également engagée dans la démarche du patient ressource, car je me sens prête à apporter un soutien aux malades.

Concernant les apports de la formation, je dois reconnaître qu'elle est assez dense et exigeante, mais en même temps fondamentale pour s'intégrer dans le milieu hospitalier et comprendre le cadre du projet. Ce cadre, avec les référents de la Ligue contre le cancer, est un point d'attache rassurant pour les patients ressource. En termes de retour d'expérience sur la mise en œuvre du dispositif, je constate qu'après un temps d'adaptation et de prise de contact, l'action du patient ressource parcours commence à prendre son rythme. Ce temps de mise en place ne m'a pas surpris, car il fallait s'intégrer aux actions déjà mises en place par les équipes soignantes et établir une relation de confiance avec ces dernières.

J'ai effectué six rencontres, dont quatre avec des malades affectées par un cancer du sein. Les échanges se sont à chaque fois produits assez facilement, les personnes évoquant librement leur parcours et les choix thérapeutiques auxquels elles sont confrontées. Je dirais que les patients ressource parcours sont un relais. »

L'évaluation porte également sur les établissements de soins, les universités et les écoles impliquées dans le dispositif patient ressource. Les acteurs intervenant dans le processus de recrutement (référents, psychologues, formateurs) seront aussi interrogés.

## L'hébergement non médicalisé de proximité est développé

### Action 7.11

Le soutien d'hébergements non médicalisés de proximité des patients, dits également « hôtels pour patients », répond à la volonté d'améliorer l'accès aux soins notamment pour les patients éloignés de l'offre, d'éviter des hospitalisations inappropriées et de favoriser la qualité de soins et le confort des malades.

L'offre aura de nombreuses traductions possibles en cancérologie, dans un contexte d'évolution des soins. Ainsi, les patients subissant une intervention chirurgicale de leur cancer auprès d'une équipe de « recours », éloignée de leur lieu de vie, n'auront plus besoin d'être hospitalisés la veille de l'opération et pourront sortir plus tôt de l'hôpital. De la même façon, pour des soins répétitifs comme pour une radiothérapie, des transports fatigants seront évités.

Pour soutenir les initiatives des établissements dans ce domaine, le gouvernement a publié un décret sur l'hébergement non médicalisé de proximité des patients. Les 41 structures sélectionnées reçoivent pour les trois années à venir un soutien financier spécifique leur permettant de mettre en place leur projet et de contribuer à l'évaluation de ce mode innovant d'hébergement en appui des soins hospitaliers.

### Soutien financier des « hôtels pour patients »

41 structures sélectionnées pour un soutien financier de 3 ans

Une attention constante sera apportée, tout au long de l'expérimentation, aux garanties assurées aux patients. Les frais à leur charge ne pourront ainsi dépasser ceux qui leur sont appliqués pour un hébergement à l'hôpital. La personne hébergée pourra partager sa chambre avec un accompagnant ou, pour les patients mineurs, avec deux accompagnants. Enfin, la satisfaction des patients sera l'un des éléments majeurs pris en compte pour apprécier l'intérêt, à l'issue de la phase expérimentale, d'un déploiement plus large.

En plus de cette expérimentation, les essais cliniques pilotés par l'INCa apportent une attention particulière à la question du financement des frais d'hébergement et des transports. En effet, l'Institut rappelle dans ses appels à projets aux promoteurs des essais d'AcSé et notamment ESMART que la prise en charge des surcoûts de transports et d'hébergement liés à la recherche leur incombe et doit être prévue et budgétée.

## LES ACTIONS EN RÉGION. DES DISPOSITIFS VISANT À SOUTENIR LE MAINTIEN À DOMICILE SONT MIS EN PLACE EN RÉGION

Les personnes pour lesquelles le maintien à domicile se révèle délicat du fait d'une situation personnelle ou familiale complexe, peuvent bénéficier d'hébergements adaptés : lits halte soins santé (LHSS), lits d'accueil médicalisés qui permettent aux personnes les plus vulnérables de poursuivre leur traitement dans des conditions sanitaires adéquates, voire appartements de coordination thérapeutique pour que les familles puissent rester ensemble pendant le traitement d'un enfant. Ces dispositifs, présents sur l'ensemble du territoire, sont renforcés par des propositions d'hébergement spécifiques pour les patients ultramarins. Ainsi en Océan Indien, les patients de Mayotte qui se font soigner à La Réunion peuvent bénéficier depuis 2017 d'un hébergement extrahospitalier mis en place par le CHU, tandis qu'un programme « Casodom » propose aux patients guyanais un hébergement familial lors des séances de radiothérapies en métropole.

### Un nouveau guide sur les démarches sociales est mis à disposition

#### Action 7.13

Le guide Cancer Info « Démarches sociales et cancer » a été mis à jour par l'INCa et ses partenaires en 2017 pour la troisième fois. Publié initialement en 2004, ce titre connaît depuis un vif succès. Figurent dans cette nouvelle édition les principaux interlocuteurs administratifs, la prise en charge financière des soins, les revenus pendant un arrêt de travail, la reprise du travail, les mesures juridiques pour protéger la personne malade, l'accès aux prêts bancaires et aux assurances, et les congés d'accompagnement pour les proches. Un nouveau chapitre « Poursuivre son parcours dans l'enseignement supérieur » est consacré à la scolarité et aux études.

Une attention particulière sera portée à la diffusion de cette nouvelle version du document pour faciliter l'accès aux droits. Dans cet objectif, le guide est téléchargeable sur le site internet de l'INCa et sera décliné en dossier d'information consultable en ligne.

Une fiche d'information sur cette thématique, destinée aux professionnels de premier recours et principalement aux médecins généralistes, est également en préparation.

### La relation entre le médecin et un patient atteint de cancer est intégrée dans le nouveau diplôme d'études spécialisées d'oncologie (DES)

Le nouveau diplôme d'études spécialisées (DES) d'oncologie (cf. Objectif 4) prévoit, dans la phase socle, les connaissances nécessaires de base telles que « la relation médecin-patient atteint de cancer », ainsi que des compétences spécifiques à la spécialité telles que « interroger, informer et communiquer avec un patient atteint de cancer ». Il intègre également, durant la dernière année de formation qui représente la phase de consolidation, « la gestion médicale et relationnelle avec un patient atteint de cancer ». Ce nouveau DES répond ainsi aux objectifs du Plan cancer en renforçant des compétences transversales dans la formation des médecins oncologues.

## LES ACTIONS EN RÉGION. L'INFORMATION ET LA FORMATION DESTINÉES AUX PROFESSIONNELS DE SANTÉ SONT RENFORCÉES

En Guadeloupe, un séminaire spécifique sur les soins de support pour tous les acteurs intervenant en cancérologie a été organisé avec le soutien de l'Association française pour les soins oncologiques de support (AFSOS). En Martinique, le référentiel de formation en socio-oncologie a été décliné afin de permettre une spécialisation des assistants sociaux intervenant en cancérologie. Cette formation a vocation à être généralisée sur le territoire national avec le concours de l'Association française des soins oncologiques de support (AFSOS), des Réseaux régionaux de cancérologie et de l'Association nationale des assistants sociaux.

### Objectif 8 Des moyens financiers et législatifs pour encourager l'activité physique et des orientations et outils sont mis en place pour permettre la préservation de la fertilité

#### Les bénéfices de l'activité physique sont démontrés, sa prescription pour les patients en ALD est désormais possible

##### Action 8.6

La loi de modernisation de notre système de santé de 2016 a introduit la possibilité pour le médecin traitant de prescrire une activité physique adaptée aux capacités physiques et au risque médical du patient atteint d'une affection de longue durée (ALD). Les modalités d'application de cet article ont été précisées par un décret du 30 décembre 2016.

Le dispositif est entré en vigueur le 1er mars 2017. Une instruction a été adressée aux Agences régionales de santé (ARS) et aux Directions régionales de la jeunesse, des sports et de la cohésion sociale (DRJSCS) le 3 mars afin de déployer la mesure sur le territoire. L'instruction précise notamment la nécessité d'assurer la coordination et la synergie des acteurs concernés par le dispositif et de mobiliser les financeurs possibles.

Le président de la République a proposé la mise en place de 500 « maisons du sport santé » sur la durée du quinquennat afin de garantir un accompagnement personnalisé des personnes atteintes d'affections lourdes (obésité, maladies cardiovasculaires, diabète, cancers...), mais aussi désireuses de se remettre en forme.

L'INCa a publié en mars 2017 une synthèse de la littérature sur les effets de l'activité physique et de la réduction de la sédentarité pour les patients atteints de cancer, ainsi que sur les freins et les leviers à la pratique, démontrant l'intérêt pour les patients de pratiquer une activité physique adaptée. En effet, on constate une réduction de la fatigue de 20 % à 40 % pendant et après les traitements respectivement, une amélioration de la qualité de vie, de la tolérance des traitements et de leurs effets à moyen et long terme, une réduction du risque de récurrence et de la mortalité d'environ 40 %.

S'il est important de compléter les données actuelles pour préciser les programmes d'activité physique les mieux adaptés au profil de chaque patient, les effets bénéfiques observés incitent d'ores et déjà à recommander la pratique d'une activité physique mixte

(cardiorespiratoires et renforcement musculaire) dès le diagnostic, comportant des exercices d'intensité modérée à élevée, 30 minutes par jour au moins 5 jours par semaine.

Quatre chantiers complémentaires sont en cours :

- des recommandations de la Haute Autorité de santé (HAS) sur la prescription par les médecins traitants de l'activité physique adaptée chez un patient atteint d'une pathologie chronique sont attendues au premier trimestre 2018 ;
- l'examen de la faisabilité du remboursement par l'assurance maladie de la prescription et la dispensation d'une activité physique adaptée ;
- trois arrêtés du ministère des Sports concernant les certificats de qualifications professionnelles, les titres à finalité professionnelle des éducateurs sportifs et les certifications délivrées par les fédérations sportives aux personnes intervenant à titre bénévole dans le dispositif.
- la conception de 500 « maisons du sport santé type ».

## Prévention tertiaire : 5 projets ont été sélectionnés dans l'appel à projets organisé par la Fondation ARC et l'INCa, avec le soutien de l'IReSP

### Action 8.7

Après le colloque scientifique international dédié à la prévention tertiaire organisé en mars 2016, la Fondation ARC pour la recherche sur le cancer et l'INCa, avec le soutien de l'Institut de recherche en santé publique (IReSP), ont lancé un appel à projets dédié à la recherche dans le domaine des facteurs de risques comportementaux. Son financement est assuré à parts égales par la Fondation ARC et l'INCa. Les partenaires ont assuré en 2017 la bonne mise en place des cinq projets sélectionnés au niveau de chaque équipe impliquée ; une première évaluation intermédiaire de certains projets interviendra en 2018.

Appel à projets prévention tertiaire

2,15 M€ pour 5 projets

## La structuration de préservation de la fertilité se poursuit

### Action 8.1

Faciliter l'accès de chaque patient aux méthodes de préservation de la fertilité est essentiel pour garantir leur qualité de vie après le cancer. La mise en œuvre de telles démarches dans ce contexte n'est pas homogène sur l'ensemble du territoire du fait des organisations propres à chaque région. Une étude a été publiée fin 2017 par l'INCa et l'Agence de la biomédecine (ABM). Réalisée à partir de la cohorte cancer et tenant compte de l'âge, du sexe et du type de cancer, au niveau national et régional, elle conclut que l'information sur la préservation de la fertilité devrait être délivrée à 17 200 personnes chaque année (femmes de moins de 35 ans et hommes de moins de 50 ans lors du traitement).

Le rapport « Plateformes cliniquebiologiques de préservation de la fertilité », a permis de définir le concept, la composition et le fonctionnement des plateformes clinicobiologiques de préservation de la fertilité, réparties sur le territoire. Ces plateformes doivent permettre des soins pluridisciplinaires adaptés à chaque patient, intégrant une information précoce, sans compromettre le traitement du cancer. Enfin, la mise à jour des recommandations de bonne pratique sur « Cancer et Fertilité » est en cours.

## LES ACTIONS EN RÉGION. UNE VOLONTÉ DE STRUCTURATION FORTE POUR DÉVELOPPER L'ACTIVITÉ PHYSIQUE ADAPTÉE

En région, de nombreux projets d'activité physique adaptée sont soutenus financièrement. Ils visent généralement les personnes en ALD<sup>1</sup> et s'inscrivent dans des partenariats liant les ARS à leurs autres partenaires régionaux : DRJSCS<sup>2</sup>, CARSAT<sup>3</sup>, comme en Occitanie. Certaines régions proposent des actions spécifiquement destinées aux patients atteints d'un cancer : en Île-de-France ou à La Réunion, des actions d'activité physique adaptée sont par exemple proposées durant les phases de traitement de la maladie puis en post-traitement dans plusieurs établissements hospitaliers, en collaboration avec des acteurs associatifs. Les évaluations menées démontrent l'intérêt des personnes atteintes de cancer. Ainsi, en Corse, l'adhésion des participantes a été très forte, le taux d'assiduité atteignant 80 % douze semaines après le démarrage du programme.

Des approches plus globales sont proposées, soit par l'intégration de l'activité physique dans le parcours de soins et de la prévention de la récurrence des cancers comme en Centre-Val de Loire, soit par une prise en compte globale de la personne dans des dispositifs tels que « La solution RIPOSTE » (Reconstruction, Image de Soi, Oncologie, Santé, Thérapie, Escrime) en Grand Est et en Bretagne qui visent à renforcer l'image de soi après la maladie.

Du fait de la multiplicité des projets, les ARS et leurs partenaires régionaux ont entamé une structuration de l'offre par une meilleure coordination des acteurs. Un travail sur l'identification du coordonnateur et sur les critères de sélection des programmes d'activité physique adaptée proposés est mené dans certaines régions. En Bourgogne-Franche Comté, un travail est mené sur trois critères d'agrément (proximité, sécurité, coût des offres) de cette activité physique adaptée ; en Normandie, les programmes mis en œuvre par les réseaux régionaux en cancérologie sont en cours d'harmonisation afin de développer un dispositif global.

La structuration de cette offre s'appuie également sur la formation des professionnels du sport impliqués dans les programmes. En matière de formation, les UFR STAPS de Rouen et de Caen proposent des licences d'activité physique adaptée formant des futurs enseignants dédiés et notamment aux traitements du cancer, à l'instar des formations proposées par le Réseau régional de cancérologie et l'UFR STAPS aux éducateurs sportifs de la région, contribuant ainsi à un maillage territorial des éducateurs sportifs ou enseignants en activité physique adaptée capable d'encadrer les patients atteints de cancer.

Ce type de démarche pourrait se généraliser et être doublé par une proposition de formation des professionnels de santé à la prescription médicale à l'activité physique adaptée, telle que celle mise en place par l'AFML (Association pour la formation des médecins libéraux) en lien avec l'URML<sup>4</sup>, l'ARS et la DRJSCS en Normandie.

Enfin, la structuration de cette offre nécessite de mettre à disposition des professionnels de santé et des patients une information par l'intermédiaire de plateformes de ressources régionales d'information sur l'activité physique adaptée. Le site [bretagne-sport-sante.fr](http://bretagne-sport-sante.fr) recense l'offre d'activité physique adaptée aux personnes atteintes de maladies chroniques ; en Martinique, de petites vidéos en créole sont mises en ligne par la plateforme régionale d'oncologie pour la promotion de l'activité physique et de la nutrition. Cette information peut également être distribuée sous la forme de dépliants recensant l'ensemble de l'offre en activité physique adaptée, par des éducateurs sportifs sensibilisés à la cancérologie, comme le fait le réseau IMAPAC en Bretagne.

<sup>1</sup> ALD : affection longue durée

<sup>2</sup> DRJSCS : direction régionale de la jeunesse, du sport et de la cohésion sociale

<sup>3</sup> CARSAT : Caisse d'assurance retraite et de la santé au travail

<sup>4</sup> URML : union régionale de la médecine libérale

## **Objectif 9** Le droit à l'oubli a été étendu et la mobilisation se poursuit pour le maintien et le retour dans l'emploi

### **Le droit à l'oubli permettant de bénéficier de conditions d'emprunt de droit commun a été étendu à de nouvelles localisations de cancers**

#### Action 9.13

Depuis la loi de modernisation de notre système de santé les personnes ayant souffert d'un cancer et désirant emprunter n'ont plus à le déclarer 10 ans après la fin du protocole thérapeutique ; ce délai est ramené à 5 ans pour les personnes ayant été atteintes d'un cancer diagnostiqué avant l'âge de 18 ans.

Une grille de référence, établie par la convention AERAS, identifie les cancers pour lesquels une assurance aux conditions standard doit être proposée dans des délais inférieurs au cas général. La première grille de référence mise en ligne sur le site internet AERAS le 4 février 2016 listait déjà six pathologies dont cinq cancéreuses : cancer du testicule, de la thyroïde, du sein, mélanomes de la peau et cancer de l'utérus.

Les derniers travaux de l'INCa ont permis d'intégrer le 30 mars 2017 les cancers du côlon et du rectum dans la grille avec des délais allant de 1 à 8 ans, et les lymphomes hodgkiniens avec des délais de 6 et 8 ans. De nouvelles pathologies sont à l'étude pour intégrer la grille de référence en 2018.

### **Les actions pour le maintien et le retour en emploi se poursuivent dans les régions et par l'engagement des entreprises**

Les plans régionaux santé au travail et l'expérimentation dans 5 régions ont accru l'information, le dialogue et la mobilisation d'acteurs relais

#### Action 9.5

La question du maintien en emploi, priorité du troisième Plan cancer, est aussi un axe majeur du troisième plan santé au travail. Il consacre plusieurs actions à cette problématique, autour de quatre approches : une meilleure lisibilité et accessibilité des droits ; l'élaboration d'une offre de service régionale ; la recherche de solutions adaptées aux personnes atteintes de maladies chroniques évolutives ; le renforcement des connaissances et outils favorisant le maintien en emploi.

Ces actions, pour la plupart, ont vocation à être relayées et déployées dans des plans régionaux santé au travail qui ont été adoptés au cours de l'année 2017. L'objectif fédérateur de ces plans est de tendre au décloisonnement des acteurs et à la meilleure cohérence de l'offre proposée. Les actions portent notamment sur l'information, le dialogue entre acteurs du maintien dans l'emploi et représentants de malades, et la mobilisation d'acteurs-relais comme les services de santé au travail.

Dans la fonction publique, une ordonnance du 19 janvier 2017<sup>5</sup> a modifié les dispositions relatives au temps partiel thérapeutique dans les trois versants de la fonction publique, afin de permettre l'octroi de ce temps partiel dès le début de la maladie et non plus au bout de six mois d'arrêt maladie. Le projet de circulaire y afférent est en cours de finalisation.

Par ailleurs, des expérimentations ont été menées par l'Agence nationale pour l'amélioration des conditions de travail (Anact) pour accompagner salariés et employeurs. Trois types de supports opérationnels ont été réalisés :

- outils de sensibilisation : les entreprises sont de plus en plus conscientes que les mesures concourant au maintien en emploi ont un impact favorable sur leur performance. Ces outils constituent des repères facilitant la gestion des ressources humaines et le changement du regard sur la maladie par les collectifs de travail ;
- retours d'expérience : ils témoignent des facteurs de réussite et d'échec des démarches engagées par les entreprises et les acteurs du maintien en emploi ;
- outils pédagogiques et l'organisation de formations tant au niveau national que dans les régions : ils permettent aux entreprises de savoir agir au mieux lorsqu'elles sont confrontées à la gestion de salariés atteints cancers.

Des séminaires de restitution des actions initiées dans les cinq régions, et une présentation de ces outils, lors de la semaine du handicap, ont permis de mobiliser l'ensemble des partenaires institutionnels et sociaux du monde du travail et du handicap afin de pérenniser et étendre à d'autres régions cette démarche.

#### Une charte sur le retour et le maintien en emploi a été signée par 17 employeurs Action 9.5

Le travail réalisé par le Club des entreprises, animé conjointement par l'INCa, l'Association nationale des directeurs des ressources humaines (ANDRH), l'Anact et son réseau des associations régionales (Aract) a permis de repérer les points clés à mettre en place en entreprise. Onze engagements en ont été déduits pour favoriser l'accompagnement des salariés malades et promouvoir la santé, structurés autour de quatre thèmes : accompagner le salarié dans le maintien et le retour en emploi, former et informer les parties prenantes de l'organisation, promouvoir la santé, évaluer et partager.

En 2017, les entreprises suivantes ont signé la Charte : l'AFNOR, l'Association nationale des directeurs des ressources humaines, bioMérieux, BNP Paribas, Bordeaux Métropole, Carrefour, Le groupe Casino, Disneyland Paris, Fermiers du Sud-Ouest groupe MAISADOUR, Janssen France, Maison Chancerelle, Malakoff Médéric, la Mutualité française, Radiall, Sanofi, l'Agence de services et de paiement, et l'INCa.

<sup>5</sup> Ordonnance n°2017-53 du 19 janvier 2017 portant diverses dispositions relatives au compte personnel d'activité, à la formation et à la santé et la sécurité au travail dans la fonction publique

## La continuité scolaire pour les enfants atteints de cancers a été améliorée

### Actions 9.1 et 9.2

La continuité de l'éducation à l'école, à l'hôpital et à domicile est fondamentale. Pour la favoriser au maximum, des aménagements sont organisés dans un projet d'accueil individualisé (PAI) ou d'un projet personnalisé de scolarisation (PPS). L'inscription au CNED est gratuite même après 16 ans, lorsque le motif est médical, sur avis favorable du médecin de l'éducation nationale. Une convention de scolarité partagée a été élaborée avec le CNED afin de permettre une double inscription afin que l'élève puisse bénéficier plus facilement du lien avec ses enseignants et ses pairs, aussi bien pour contribuer à l'amélioration de son état de santé que pour faciliter son retour en classe.

La nouvelle version de la circulaire interministérielle, relative à l'accueil en collectivité des enfants et des adolescents atteints de troubles de la santé évoluant sur une longue période, prendra en compte l'importance du maintien du lien par l'équipe pédagogique ; elle sera publiée au cours de l'année 2018.

## Et également en 2017 (Objectifs 7 à 9)

- **Publication de l'observatoire sociétal des cancers de la Ligue contre le cancer « Avoir un cancer à 75 ans : refus de la fatalité », juin 2017, Action 9.18**

Le rapport 2017 de l'observatoire sociétal des cancers de la Ligue contre le cancer « Avoir un cancer à 75 ans : le refus de la fatalité » présente, après une enquête auprès de personnes malades, du public, de professionnels et d'aidants, les problématiques spécifiques du cancer pour une personne âgée.



## 3. INVESTIR DANS LA PRÉVENTION ET LA RECHERCHE

### Objectif 10 La stabilité de la prévalence du tabagisme depuis 2010 appelle des mesures fortes

Le tabac est responsable de 73 000 décès dont 45 000 décès par cancer chaque année en France. Il est de loin le premier facteur de risque de développer un cancer et en favorise 17 types avec en tête de liste celui du poumon, dont 82 % des décès sont imputables à sa consommation. La prévalence tabagique reste stable depuis 2010. Elle varie de manière très marquée selon le niveau socio-économique.

28,7 % des 15 à 75 ans fument quotidiennement

Source : Baromètre santé 2016, mai 2017

L'annonce ministérielle de l'évolution du prix du paquet de cigarettes à 10 euros est une action phare pour réduire la prévalence du tabagisme

En septembre 2017, tenant l'engagement du gouvernement de faire augmenter significativement et progressivement le prix du tabac par le biais de la fiscalité, la ministre des Solidarités et de la Santé et le ministre de l'Action et des comptes publics ont annoncé l'augmentation importante et rapide de la fiscalité avec une hausse de 1 euro en mars 2018, puis deux hausses de 0,50 euro en 2019, et deux autres hausses de 0,50 euro, puis de 0,40 euro en 2020. L'objectif est d'aboutir à un paquet de cigarettes à 10 euros à l'horizon 2020. Combinées aux actions du PNRT, ces augmentations répétées de la fiscalité des produits du tabac devraient contribuer à diminuer leur attractivité.

Le #MoisSansTabac a été renouvelé en 2017

Après le succès de la première édition 2016 lancée par le ministère en charge de la santé et Santé publique France, en partenariat avec l'Assurance maladie, la 2<sup>e</sup> édition 2017 de #MoisSansTabac amplifie le dispositif et s'appuie sur un élan collectif renforcé, avec la possibilité de rejoindre une équipe sur les réseaux sociaux. Chaque région de France dispose maintenant d'un ambassadeur #MoisSansTabac qui, en lien avec l'ARS et le réseau des caisses d'Assurance maladie, incite à des actions collectives régionales. De très nombreuses actions sont relevées dans toute la France (près de 2 000 actions en 2016), notamment en entreprises, au sein des établissements scolaires, des hôpitaux, et des fédérations sportives. La plupart de ces actions portent une attention particulière aux populations vulnérables.

155 000 inscrits à #MoisSansTabac en 2017

### Un fonds de lutte contre le tabac doit permettre de développer des actions ambitieuses et structurantes

Le fonds de lutte contre le tabac, institué par décret le 1er janvier 2017, permettra de renforcer les actions et contribuer au financement d'actions locales, nationales et internationales dans les domaines de la politique de santé (L. 1411-1 du Code de la santé publique). Il a quatre orientations prioritaires : protéger les jeunes et éviter l'entrée dans le tabagisme ; aider les fumeurs à arrêter de fumer ; amplifier certaines actions auprès de publics prioritaires ; et soutenir la recherche appliquée et l'évaluation. À partir de 2018, il sera alimenté par une contribution sociale sur le chiffre d'affaires des distributeurs de tabac.

### 3 vidéos pédagogiques ont été créées pour comprendre les méfaits du tabac

Les animations vidéo aux noms évocateurs, « Tabac, une composition 100% toxique », « Nuisance à tous les étages », « Un arrêt toujours bénéfique » rappellent à la fois le mécanisme de combustion, les substances toxiques inhalées, les 17 cancers dus au tabac et les risques encourus en insistant particulièrement sur les femmes et les jeunes. Ces outils créés par l'INCa délivrent également des conseils pour arrêter de fumer grâce aux aides disponibles et à l'accompagnement des professionnels de santé.

### Priorité Tabac finance des projets de recherche pluridisciplinaire

L'INCa met en œuvre « PRIORITES Tabac », un programme de recherche et d'interventions pour réduire le tabagisme et infléchir la prévalence des cancers liés au tabac. Ce programme partenarial vise à soutenir et dynamiser la recherche, en proposant son découplage pour mobiliser un large éventail de disciplines : sciences humaines et sociales, sciences fondamentales, recherche clinique, et santé publique.

En 2016, 7 projets ont été sélectionnés et financés par l'INCa, la Fondation ARC pour la recherche sur le cancer et la Ligue contre le cancer. En 2017, 11 projets ont été financés par l'INCa et la Ligue contre le cancer.

## PRIORITE tabac

18 projets financés à hauteur de 9 M€ depuis 2016

## LES ACTIONS EN RÉGION. LE PROGRAMME NATIONAL DE RÉDUCTION DU TABAGISME FAIT L'OBJET D'UNE MOBILISATION AU NIVEAU RÉGIONAL

Agir pour la réduction du tabagisme devient une priorité régionale pour 12 des 17 ARS qui ont un programme régional de réduction du tabagisme et l'ont inscrit comme telle dans leur programme régional de santé.

Les ARS se sont fortement mobilisées sur le premier axe du PNRT, qui vise à protéger les jeunes de l'entrée dans le tabagisme, en particulier à travers des actions communes avec l'Éducation nationale et les collectivités.

L'accompagnement à l'arrêt du tabac, deuxième axe du PNRT, est également très investi, à travers la formation des professionnels de santé, que ce soit en formation initiale, comme en Normandie ou en Île de France, ou en formation continue, comme en Bourgogne-Franche Comté et en Centre-Val de Loire. En 2017, six ARS se sont investies sur la démarche « Hôpital sans tabac ». Les populations vulnérables constituent un public privilégié, notamment en Bretagne, mais aussi avec de nombreuses actions destinées aux femmes enceintes dans les Hauts de France, aux personnes en situation de précarité en Auvergne Rhône-Alpes ou en Centre-Val-de-Loire, aux apprentis et aux détenus en Corse, Provence-Alpes-Côte d'Azur ou Occitanie. Ces actions découlent de l'engagement général des acteurs sanitaires et des ARS dans la dynamique de #MoisSansTabac.

À l'occasion du premier anniversaire des programmes régionaux de réduction du tabagisme (P2RT), les ARS souhaitent poursuivre leur priorisation de cette politique et obtenir des moyens financiers pour amplifier leurs actions.

## Objectif 11 40 % des cancers évitables : des campagnes de communication et des expertises ciblent les facteurs de risque alcool et nutrition

### L'expertise et les projets financés visent à faire baisser consommation d'alcool

Un avis d'experts sur les politiques publiques en matière d'alcool inclut la recommandation de nouveaux repères

#### Action 11.3

La Mission interministérielle de lutte contre les drogues et les conduites addictives (MILDECA), et la Direction générale de la santé (DGS) ont saisi en juin 2016 l'INCa et Santé publique France dans le but de disposer d'éléments pour renouveler le discours public sur les dangers liés à la consommation d'alcool.

Un comité d'experts a été mis en place. Il a procédé à l'audition d'experts français et étrangers et à celle des principales parties prenantes françaises, représentant les associations, les sociétés savantes et les intérêts économiques.

Comme dans de nombreux pays, le socle du discours public repose sur les recommandations de niveaux de consommation à moindre risque de mortalité. La modélisation de l'impact de différents niveaux de consommation sur le risque vie entière a

#### Alcool

15 000 décès par cancer par an sont attribuables à l'alcool

2<sup>e</sup> facteur de risque pour le cancer

été calculée en France par l'équipe de Jürgen Rehm (Centre for Addiction and Mental Health).

En rupture avec les recommandations précédentes, les experts énoncent en premier lieu qu'il n'y a pas de consommation d'alcool sans risque et que ce risque augmente avec la quantité consommée. Les niveaux de consommation à moindre risque proposés sont de 10 verres standard de 10 grammes par semaine pour les deux sexes (ce qui équivaut 10 centilitres de vin à 12°, 25 centilitres de bière à 5°, 2,5 centilitres de spiritueux à 40°)<sup>6</sup>. Les experts conseillent également de ne pas prendre plus de 2 verres par jour et d'avoir des jours sans consommation.

Les experts appellent une politique publique interministérielle cohérente et complète mobilisant, notamment, la réglementation et la fiscalité. Ils recommandent l'évolution de la taxation vers une proportionnalité à la quantité d'alcool, et une meilleure information du consommateur sur les publicités et les contenants d'alcool.

#### L'appel à projets de l'INCa sur la prévention a permis de financer deux projets

##### Action 11.4

L'INCa a lancé le 13 décembre 2016 un appel à projets compétitif dont l'objectif est de promouvoir des projets d'étude ou la mise en place d'actions innovantes visant à l'amélioration de la prévention des cancers. Deux projets sur l'alcool ont été retenus par le comité d'évaluation qui s'est réuni le 31 mai 2017 :

184 000 euros  
pour 2 projets de recherche  
sur l'alcool

- le projet « ASAFE », financé à hauteur de 85 904 euros, vise à explorer et à tester l'influence de différents contenus et formats d'avertissements sanitaires susceptibles de mieux attirer l'attention du public, d'accroître la connaissance des risques de l'alcool et encourager une réduction de la consommation pour tous et l'abstinence pour les femmes enceintes ;
- le projet « Stratégies de prévention de l'Alcool auprès des jeunes », financé à hauteur de 98 016 euros, compare deux interventions de prévention de l'alcool auprès de lycéens (15-19 ans).

<sup>6</sup> <http://www.alcool-info-service.fr/alcool/evaluer-consommation-alcool/consommation-a-risque#.Wg2sL7WDO70>

## Les choix alimentaires sains vont être favorisés par l'étiquetage nutritionnel et la déclinaison des expertises en repères pour le grand public

### Action 11.5

#### Le Nutri-Score est le système d'étiquetage nutritionnel graphique recommandé par les pouvoirs publics par voie réglementaire

La loi de modernisation de notre système de santé dispose que la déclaration nutritionnelle obligatoire peut être accompagnée d'une présentation graphique complémentaire dans les conditions prévues par la réglementation européenne, pour faciliter le choix du consommateur en matière de nutrition. Pour définir cette présentation, une large concertation a été menée sous l'égide du Directeur général de la santé depuis mars 2015. Une expérimentation en conditions réelles, inédite et innovante, a été menée en 2016 dans 60 supermarchés tirés au sort et 4 rayons alimentaires. Elle visait à estimer laquelle parmi les quatre présentations graphiques proposées avait l'impact le plus positif sur la qualité nutritionnelle du panier d'achat d'aliments. Elle était couplée avec une étude par un questionnaire destiné à l'analyse de la lisibilité et de la compréhension. Une étude s'appuyant sur une méthodologie d'économie expérimentale était menée au même moment avec le même objectif.

Le Nutri-Score proposé par une équipe universitaire se montrait systématiquement le plus performant, en moyenne et pour les clients les plus défavorisés. Sur cette base, un projet d'arrêté, retenant le Nutri-Score comme le système recommandé par les pouvoirs publics a été notifié à la Commission européenne le 24 avril 2017. L'arrêté a été signé le 31 octobre 2017 par les trois ministres concernés (Solidarités et de la Santé, Agriculture et Alimentation, Economie).

Un règlement d'usage de la marque Nutri-Score incluant une charte graphique a été élaboré et publié sur le site de Santé publique France. La marque Nutri-Score a été déposée auprès de l'Institut national de la propriété industrielle (INPI) et de son équivalent européen EUIPO.

#### L'ANSES et le HCSP ont rendu leur rapport pour l'actualisation des repères de consommation alimentaire

L'Agence nationale de sécurité sanitaire, de l'alimentation, de l'environnement et du travail (Anses) a publié en janvier 2017 un rapport sur la révision des repères de consommation alimentaire du Programme national nutrition santé (PNNS) pour la population adulte. Le Haut Conseil de la santé publique (HCSP) a publié un avis de santé publique relatif à la révision des repères alimentaires pour les adultes en mars 2017. Ces avis permettront à Santé publique France d'actualiser en 2018 les repères alimentation existants du PNNS et de les traduire en supports d'information pour la population.

Une restitution des travaux de l'Anses est prévue en 2018 sur l'allaitement et sur les recommandations alimentaires pour les femmes enceintes et allaitantes, les seniors et les enfants.

### Une expertise collective analyse la réception des messages de communication pour améliorer leur efficacité

L'Inserm a publié en avril 2017 une expertise collective demandée par Santé publique France sur les messages nutritionnels dans les publicités. L'objectif était de disposer d'un bilan des connaissances scientifiques et d'analyser l'impact de messages sanitaires diffusés par les médias de masse sur les cognitions, attitudes, intentions et comportements. Cette expertise s'appuie sur une analyse critique de la littérature scientifique internationale faite par un groupe pluridisciplinaire de dix experts. Les recommandations vont dans le sens d'une législation restreignant les actions de marketing alimentaire pour les enfants et d'un pré-test systématique sur l'impact des actions de communication. Elles préconisent également de faire évoluer le dispositif des messages sanitaires sur les publicités tant sur le fond que sur la forme pour concevoir des messages adaptés aux destinataires, sans méconnaître les autres influences (publicités explicites ou subliminales, effets d'entraînement par exemple) auxquels ils sont soumis.

Le HCSP a été saisi en juillet 2016 afin de participer sur l'évolution des messages sanitaires apposés sur les actions de promotion des acteurs économiques. Son avis est attendu pour le deuxième semestre 2018 après élaboration par Santé publique France de la formulation des repères nutritionnels du PNNS.

## LES ACTIONS EN RÉGION. UN ACCENT EST MIS SUR LA PRÉVENTION PAR L'ACTIVITÉ PHYSIQUE ET LA NUTRITION

Du fait de l'importance des comportements comme déterminants de la santé, l'activité physique et l'éducation nutritionnelle sont deux thématiques prioritaires de la politique régionale de prévention en santé.

Les Plans Régionaux Sport Santé Bien-être ont porté le déploiement de la promotion de l'activité physique pour la population. De fait, les actions d'éducation et de promotion d'une alimentation favorable à la santé auprès des jeunes enfants, en milieu scolaire ont trouvé place dans la plupart des régions. En Guadeloupe, trois programmes pérennes d'éducation nutritionnelle sont en cours dans l'enseignement public. Ils touchent les enfants de maternelle, ceux de primaire et enfin ceux de 6e. Un comité de pilotage rectorat-ARS a dressé un bilan positif de toutes les actions « santé » dans les écoles.

Cette priorité s'est également traduite par le financement d'actions d'éducation nutritionnelle, de prévention de l'obésité ou de l'activité physique dans des appels à projets. Le nombre de projets retenus, et le soutien financier accordé, en direction des enfants ayant pour thématique principale la nutrition démontrent l'implication des ARS sur ce champ. Ainsi, à titre d'exemple, en 2017, l'ARS Provence-Alpes-Côte d'Azur a financé 11 projets pour un montant de 225 000 euros. En Auvergne Rhône-Alpes, l'ARS a maintenu, sur le fonds d'intervention régionale (FIR) prévention, le niveau de financement des projets développant la promotion de la nutrition équilibrée et de l'activité physique, pour un montant de 1 300 000 euros.

Dans les Hauts-de-France, une campagne de communication nommée « Bouge avec moi » cible particulièrement les femmes qui pratiquent moins d'activité physique. En Guadeloupe, la mise à disposition de professionnels formés à l'activité physique adaptée a permis d'enrichir les parcours Sportif Santé Sécurisé (P3S) et de développer des programmes d'activité physique pour les résidents de tous les EHPAD<sup>7</sup>.

Les démarches pour un environnement favorable à la santé se développent. Ainsi, en Normandie, l'ARS mène un travail avec les collectivités sur le développement d'un environnement favorable à la santé (pistes cyclables, parcours sportifs). En Bourgogne Franche-Comté, la promotion du label « Villes actives PNNS » ou « Entreprises actives PNNS » mobilise les partenaires régionaux pour intégrer la démarche.

<sup>7</sup> EHPAD : établissement hospitalier pour personnes âgées dépendantes

## 40 % de cancers évitables : des campagnes de prévention ont ciblé les dangers de l'alcool, les bienfaits de certains aliments et de l'activité physique et le risque solaire

Une campagne de prévention a ciblé la nutrition et l'alcool pour interpeller sur les 40 % de cancers évitables

### Action 11.2

L'INCa a diffusé en septembre 2017, avec le ministère en charge de la santé, une communication de prévention des cancers. La signature de campagne « 40 % des cancers pourraient être évités » assurait un lien entre les différentes vagues annuelles de communication initiées en 2016.

Cette nouvelle campagne a mis en lumière les facteurs protecteurs qui peuvent être sous-estimés ou peu connus : céréales complètes, légumes et légumineuses. La campagne a également rappelé, dans une tonalité quotidienne et accessible, l'importance de limiter la consommation d'alcool.

La campagne a été diffusée dans la presse grand public, sur le web et sur un réseau d'affichage interactif. Elle a été complétée par une présence renforcée sur les réseaux sociaux et une opération spéciale sur Facebook. L'évaluation de la campagne montre un bon niveau de reconnaissance (24 %) chez les personnes âgées de 30 à 50 ans cibles. La grande majorité de l'échantillon apprécie la campagne (88 %) et la juge convaincante (85 %). Par ailleurs, la campagne web a généré 250 000 visites sur la page prévention.



38 millions de personnes exposées à la campagne

1 000 affiches interactives dans des centres commerciaux

140 titres de presse nationaux et régionaux

### De nouveaux outils ont été mis en ligne sur [www.mangerbouger.fr](http://www.mangerbouger.fr)

L'enquête Esteban met en évidence une augmentation alarmante de la sédentarité entre 2006 et 2015 (augmentation du temps passé devant les écrans : + 1 heure chez les enfants et + 1h40 chez les adultes) ; 89 % des adultes et 61 % des enfants sont considérés comme sédentaires. De plus, en 2015, les niveaux d'activité physique restent faibles chez les enfants et les adultes. C'est pourquoi, Santé publique France a enrichi et développé de nouveaux outils dédiés à l'activité physique, en phase avec les recommandations du Programme national nutrition santé (PNNS). Ces outils, accessibles dans l'espace « Bouger Plus » du site [www.mangerbouger.fr](http://www.mangerbouger.fr), ont fait l'objet d'une campagne digitale de promotion en septembre-octobre 2017.

### Campagne « Bouger Plus »

544 808 internautes ont consulté l'espace « Bouger Plus »

44 894 internautes ont fait le test de niveau d'activité physique

La rubrique « Bouger à tout âge » intègre désormais les nouvelles recommandations issues du rapport d'expertise du groupe de travail de l'Anses « Actualisation des repères du PNNS/révisions des repères relatifs à l'activité physique et à la sédentarité ». Une nouvelle rubrique « Faire des exercices » compile 41 exercices pour illustrer les dernières recommandations qui introduisent de nouvelles notions comme l'endurance, le renforcement musculaire, la souplesse et l'équilibre.



Pour motiver davantage le public, des outils interactifs ont également été conçus :

- le « test de niveau d'activité physique » (questionnaire de l'Organisation mondiale de la santé) permet de connaître son profil parmi trois niveaux d'activité physique. Selon le profil, des conseils et astuces sont délivrés pour augmenter sa pratique et lever les éventuels freins ;
- le « catalogue d'activités » permet de trouver des idées pour bouger plus. Il recense 87 activités physiques d'intensités différentes ;
- le « planificateur d'activités physiques » permet de consulter et gérer son planning d'activité physique de la semaine. Il est aujourd'hui démontré que planifier son activité favorise le passage des bonnes intentions à la concrétisation de l'action.

## Les populations les plus à risque ont été sensibilisées à la prévention solaire

### Action 12.8

Après avoir sensibilisé en 2016 aux quatre gestes essentiels à adopter pour se protéger du soleil, l'INCa a choisi en 2017 de répéter ses messages en ciblant tout particulièrement les populations les plus à risques : les jeunes enfants (en sensibilisant leurs parents) et les professionnels en extérieur : les agriculteurs, les personnels du bâtiment, les marins, ainsi que toutes les personnes exerçant une activité ou des loisirs en plein air.

## Campagne prévention solaire

Plus de **5 millions** de personnes exposées aux conseils de prévention solaire

Des infographies adaptées selon les publics ont été diffusées sur les réseaux sociaux et lors d'une campagne sur des sites web à forte audience.



## Le personnel éducatif a été formé au parcours éducatif de santé et des outils pédagogiques ont été mis à disposition par la Ligue nationale contre le cancer

### Action 11.11

La mise en place du parcours éducatif de santé (PES) pour tous les élèves permet de donner de la cohérence à toutes les actions de promotion de la santé des élèves, au cours de l'année scolaire, à la fois de manière individuelle et collective, au niveau de l'établissement et de l'académie, mais aussi tout au long de la scolarité, de la maternelle au lycée. Un séminaire national a été organisé les 3 et 4 mai 2017, destiné aux corps d'inspection du premier et second degrés, aux professeurs formateurs et conseillers pédagogiques, ainsi qu'aux formateurs en École supérieure du professorat et de l'éducation (ESPE). Celui-ci a permis de réaffirmer que la mise en œuvre du PES doit s'appuyer sur les enseignements disciplinaires et interdisciplinaires et les projets éducatifs mis en place dans les temps scolaires et périscolaires. C'est ainsi que, grâce à une convention de partenariat avec la Ligue contre le cancer, les chefs d'établissement et les inspecteurs de l'éducation nationale ont été informés de la mise à disposition de l'outil éducatif et pédagogique « Explo'tabac » et du lancement de l'opération « un comité, une école » qui a notamment pour objectif de recueillir la parole des plus jeunes, sur leur perception des risques du cancer et leurs propositions pour les éviter.

## Objectif 12 Prévenir les cancers liés au travail ou à l'environnement

### Le nouveau Plan de réduction des émissions de polluants atmosphériques (PREPA) vise à diminuer le nombre de décès liés aux particules fines

#### Action 12.6

La pollution de l'air est un enjeu sanitaire important, les particules fines étant classées cancérigènes depuis 2013 par le Centre international de recherche sur le cancer (CIRC). Santé publique France lui impute 48 000 décès prématurés par an, ce qui représente un coût de 100 milliards d'euros pour la population française selon le Sénat.

L'action 12.6 du Plan cancer 2014-2019 vise à baisser la concentration moyenne en particules fines dans l'air, responsable de plusieurs cancers (poumons, gorge, etc.) et estimé à 20 % de moins d'ici 2030. Par ailleurs, il vise une diminution du nombre de décès prématurés lié à une exposition chronique aux particules fines d'environ 11 200 cas par an d'ici 2030. Cet objectif fait l'objet d'un Plan de réduction des émissions de polluants atmosphériques (PREPA) publié en 2017 :

- un décret détaille les objectifs chiffrés de réduction des émissions des principaux polluants, à horizon 2020, 2025 et 2030 ;
- un arrêté 2017-2021 fixe des actions prioritaires de réduction des émissions à renforcer et à mettre en œuvre, ainsi que leurs modalités.

Quatre secteurs d'activité sont ciblés : l'industrie, les transports, le secteur résidentiel et l'agriculture. Le Plan s'articule autour de trois axes spécifiques : actions d'amélioration des connaissances, de mobilisation des acteurs locaux et des territoires, et la pérennisation des financements en faveur de la qualité de l'air. Le PREPA rejoint donc le Plan cancer dans son objectif de renforcer l'information du public sur les niveaux des émissions de particules fines notamment issues du diesel et de la pollution atmosphérique en général. Il s'agit alors de développer un travail de sensibilisation des citoyens et des élus sur les changements de comportements nécessaires pour réduire la pollution.

Le Plan bénéficie d'un suivi annuel par le Conseil national de l'air.

## **Objectif 13** Socle de l'innovation, la recherche fondamentale, intégrée et pluridisciplinaire est encouragée et soutenue

### **Le soutien à la recherche fondamentale est appuyé et maintenu**

Actions 13.1, 13.2, 17.11

L'un des objectifs majeurs du Plan cancer 2014-2019 est de soutenir les travaux de recherche fondamentale, socle des innovations diagnostiques et thérapeutiques, afin de progresser dans la compréhension des mécanismes de développement des cancers.

Chaque année, l'INCa propose à la communauté scientifique des appels à projets libres dans quatre domaines principaux : la biologie du cancer, la recherche translationnelle, la recherche clinique et la recherche en sciences humaines et sociales, épidémiologie et santé publique (SHS-E-SP). Ces programmes sont laissés à la libre initiative des investigateurs.

En 2017, la recherche fondamentale est restée une priorité de la programmation des appels à projets de l'INCa, qui y consacre près de 20,6 M€ (59 % budget recherche), et de l'Institut thématique multi-organismes (ITMO) Cancer de l'Alliance nationale pour les sciences de la vie et de la santé (Aviesan). Ainsi, près de 44 % de la part des engagements 2017 sont dédiés au soutien à la recherche fondamentale.

Par ailleurs, l'ITMO Cancer-Aviesan propose également un programme dédié au financement des équipements afin de permettre le développement de projets de recherche ambitieux dans le domaine de la cancérologie, de favoriser les interactions entre les équipes et renforcer l'attractivité et la place des équipes françaises sur la scène internationale. En 2017, près de 3,2 M€ ont été alloués aux projets sélectionnés dans le cadre de ce programme.

### **Plus de 35 M€ dédiés à la recherche fondamentale en 2017**

Plus de 16,6 M€ attribués aux 30 projets du programme « Biologie et sciences du cancer »

Plus de 3,6 M€ attribués aux 17 projets en sciences humaines et sociales, épidémiologie et santé publique

Plus de 2 M€ pour le programme interdisciplinaire de « Biologie des systèmes »

Plus de 5 M€ pour le programme « Physique, mathématiques et cancer »

Près de 3,2 M€ alloués au programme dédié au soutien à l'équipement des laboratoires de recherche en cancérologie

## Le programme de recherche intégrée en pédiatrie a permis de sélectionner 3 projets pour plus de 5 millions d'euros

Depuis 2007, l'INCa a lancé chaque année un Programme d'actions intégrées de recherche (PAIR), dédié à un type de cancer. Ces programmes ont pour ambition de faire coopérer toutes les disciplines scientifiques (recherche fondamentale, recherche clinique, épidémiologie, santé publique et sciences humaines et sociales) autour de projets structurants. Cette interactivité entre les disciplines doit permettre aux patients de bénéficier plus rapidement des avancées de la recherche.

Depuis 2010, le programme PAIR est mené par l'INCa et ses deux partenaires que sont la Fondation ARC pour la recherche sur le cancer et la Ligue contre le cancer.

En 2016, le programme PAIR était dédié à la cancérologie pédiatrique. L'objectif de cet appel à projets est de soutenir l'ensemble des dimensions et questions de recherche dans la prise en charge des cancers de l'enfant. Les projets retenus cherchent plus particulièrement à étudier les tumeurs cérébrales et les leucémies aiguës myéloblastiques chez l'enfant et l'adolescent, et à étudier dans une recherche interventionnelle le suivi à long terme de patients.

Lancé en 2017, le prochain programme PAIR est dédié à l'adénocarcinome du pancréas. Le comité de pilotage a permis de mener un travail préparatoire afin d'identifier les axes de recherche prioritaires concernant ce cancer, à savoir l'épidémiologie-génétique, la biologie, le diagnostic précoce et l'accès au diagnostic et aux soins. La sélection des projets est prévue pour février 2018.

## Le soutien aux doctorants et aux jeunes chercheurs a été poursuivi

L'INCa a investi le champ de la formation dans le domaine de la recherche en sciences humaines et sociales en finançant trois projets de thèse de doctorat en 2017. Cet appel à candidatures est proposé en partenariat avec l'École des hautes études en sciences sociales (EHESS) et l'École des hautes études en santé publique (EHESP).

En partenariat avec l'Université Lille 3 et le Site de recherche intégrée sur le cancer (SIRIC) ONCOLille, l'INCa a créé une Chaire universitaire d'excellence en sciences humaines et sociales appliquées au cancer. Cette chaire universitaire a pour objectif de promouvoir et de renforcer une culture de recherche fondamentale et appliquée en sciences humaines et sociales sur le cancer. Ceci à la fois en accompagnant l'acquisition de compétences scientifiques et cliniques par les chercheurs et les professionnels, et en améliorant l'offre de formation de haut niveau scientifique.

L'ITMO Cancer a poursuivi en 2017 le soutien aux jeunes équipes de recherche en cancérologie à travers le programme ATIP-Avenir de l'Institut national de recherche médicale (Inserm) et du Centre national de recherche scientifique (CNRS) favorisant l'autonomie de jeunes chercheurs. En 2017, trois nouvelles équipes dans le domaine de la cancérologie ont été retenues. Ce financement permettra de favoriser l'indépendance de ces candidats talentueux et prometteurs et de soutenir l'excellence en biologie du cancer par la mise en place de programmes de recherche innovants et indépendants.

De plus, le programme de formation à la recherche translationnelle a permis de financer des bourses de 1 à 3 ans pour que des étudiants en médecine, pharmacie ou école

vétérinaire puissent effectuer un master en science, une thèse de doctorat ou un stage postdoctoral. En 2017, près de 2 M€ ont été alloués, dont 10 bourses pour permettre la réalisation d'un Master 2 Recherche, 10 en doctorat de sciences et 4 bourses de recherche post-doctorale.

## La structuration de la recherche permet de maintenir une recherche d'excellence reconnue à l'international

Ces dernières années, le paysage de la recherche et de la santé en cancérologie a vu de grands changements, donnant à la France de nouvelles opportunités pour renforcer ses programmes majeurs et en lancer de nouveaux. Parmi les principales initiatives, la création de 7 cancéropôles, l'une des principales mesures structurantes engagées par le Plan cancer 2003-2007, de 8 Sites de recherche intégrée sur le cancer (SIRIC), de 16 centres labélisés INCa de phase précoce (CLIP<sup>2</sup>), de 28 plateformes de génétique moléculaire et de 13 intergroupes coopérateurs labellisés aura permis d'établir les bases pour une recherche d'excellence en France. L'INCa a mis en place une politique proactive, reconnue par ses pairs européens, nord-américains et asiatiques, afin d'élargir l'accès aux thérapies ciblées pour des patients identifiés comme éligibles grâce à des tests moléculaires et le transfert de ces outils dans le soin.

En 2017, l'INCa a renouvelé la campagne de labellisation d'intergroupes coopérateurs français de dimension internationale dans le domaine du cancer. Cela permettra de renforcer les capacités académiques en termes de conception et de conduite d'essais cliniques et de recherche translationnelle, d'améliorer la visibilité internationale et l'attractivité de la recherche clinique française, et de développer la coopération européenne et internationale dans les domaines de la recherche clinique et translationnelle.

En 2017, l'INCa, en partenariat avec l'Inserm et la Direction générale de l'offre de soins (DGOS), ont lancé un nouveau programme de labellisation des SIRIC qui devront remplir une mission ciblée d'intégration, de structuration et de valorisation pour :

- élaborer et conduire un nombre défini de programmes de recherche intégrée, menés au sein d'un réseau collaboratif national et international pluridisciplinaire, dont la finalité ultime est une réduction de l'incidence du cancer et de sa mortalité et une meilleure prise en charge des patients atteints de cancers ;
- assurer la mise en application, la valorisation et la diffusion des résultats et des savoir-faire obtenus.

## La structuration de la recherche préclinique en radiothérapie est engagée

L'INCa a lancé en 2017 un appel à candidatures pour soutenir la formation d'un réseau national de recherche préclinique en radiothérapie afin de :

- favoriser le regroupement, la pluridisciplinarité, et améliorer la collaboration entre les différents acteurs de la recherche en radiothérapie à l'échelon national ;
- renforcer les capacités académiques en termes d'innovation, de conception et de conduite de projets précliniques ;

- améliorer la visibilité internationale et l'attractivité de la recherche en radiothérapie, et développer la coopération européenne et internationale.

## Le partage des informations et des données est organisé avec les professionnels et le grand public

### Action 13.5

En octobre 2017, l'Alliance mondiale pour la génomique et la santé (Global Alliance for genomics and health -GA4HG) a dévoilé son plan stratégique pour les cinq prochaines années. Baptisé GA4GH Connect, il fait appel à plus de 500 membres de l'Alliance pour développer de nouvelles normes de partage de données à utiliser dans les grandes initiatives internationales en matière de données génomiques.

En partenariat avec le National Cancer Institute des Etats-Unis, l'INCa et l'ITMO Cancer-Aviesan ont organisé en novembre 2016 un symposium franco-américain sur les nanotechnologies appliquées au cancer. Ce congrès a permis une synthèse pluridisciplinaire pour la mise en place de méthodologies translationnelles adaptées pour mieux caractériser, cibler et moduler la complexité tumorale locale tout en abordant les enjeux éthiques et sociétaux liés à ces technologies, grâce à une table ronde dédiée. Ces efforts ont été poursuivis en 2017 au travers de groupes de travail afin de renforcer l'aspect translationnel du défi des nanotechnologies dans la lutte contre le cancer.

L'Institut National du Cancer et le National Cancer Institute des Etats-Unis  
présentent

nextGEN  
nano cancer

A French-American Symposium  
9-10 novembre 2016 - PARIS

L'INCa et l'ITMO Cancer-Aviesan ont organisé en novembre 2017 un congrès international sur la recherche en immuno-oncologie, domaine en évolution constante. Réunissant les acteurs principaux de la recherche en immunothérapie, ce congrès a mis en lumière les nouveaux axes de recherche et ses dernières avancées en matière d'immunothérapie par inhibition des points de contrôle immunitaires, d'utilisation de cellules CAR-T et de vaccins thérapeutiques.

cancer  
IMMUNOTHERAPY 2017  
PROGRESSES & CHALLENGES

Les équipes de recherche soutenues par l'INCa sont encouragées à soumettre leurs résultats pour publication dans des journaux à accès gratuit. Les financements alloués permettent la prise en charge des surcoûts éventuels pour la publication de leurs résultats en accès libre.

## Et également en 2017 (Objectifs 10 à 13)

- **Recensement et propositions pour le développement d'interventions efficaces sur l'alimentation et l'activité physique en direction des jeunes : publication d'un rapport sur le site de Santé publique France, Action 11.6**

- **Surveiller les cancers de l'adulte autour des sites nucléaires, Action 12.5**

Pour la première fois en France, une étude pilote a été menée par Santé publique France, afin d'évaluer la faisabilité d'une surveillance des cancers de l'adulte autour des installations nucléaires. Une telle surveillance ne peut être mise en place qu'autour des centrales nucléaires situées dans un territoire couvert par un registre des cancers.

- **Relation entre l'incidence des cancers de la vessie et l'exposition aux sous-produits de la chloration présents dans l'eau du robinet en France : une étude écologique géographique de Santé publique France, Action 12.5**

Désinfecter l'eau du robinet est essentiel pour prévenir des maladies infectieuses, mais forme inévitablement d'autres composés. Cette étude documente l'association entre le risque de cancer de la vessie et ces composés de désinfection. Elle démontre également les besoins toujours existants en recherches toxicologiques et épidémiologiques.

- **Publication du rapport sur l'exposition des travailleurs agricoles aux pesticides arsenicaux en viticulture, Action 12.4**

Cette étude de Santé publique France permet d'identifier, décrire et caractériser la population des travailleurs français viticoles ayant été exposés aux dérivés arsenicaux interdits depuis 2001. Le but est d'identifier les populations à risque et d'induire des actions de prévention secondaire afin de diminuer la prévalence des cancers imputables à cette nuisance.

## 4. OPTIMISER LE PILOTAGE ET LES ORGANISATIONS

**Objectif 14** Le comité de démocratie sanitaire de l'INCa ainsi que les instances décisionnelles des SIRIC et Cancéropôles permettent de faire vivre la démocratie sanitaire

### Un nouveau comité de démocratie sanitaire a été créé à l'INCa

#### Action 14.1

Un Comité de démocratie sanitaire a été créé par l'INCa en juillet 2017. Ce comité s'inscrit dans une démarche globale initiée de longue date pour favoriser l'implication des parties prenantes dans les nombreuses actions de l'Institut. Instance de consultation permanente placée auprès de la présidence de l'Institut, ce comité a pour objectif d'apporter l'expérience et le point de vue des usagers, des malades, des proches et des professionnels de santé afin d'améliorer en permanence la stratégie, la qualité, la pertinence et l'utilité des actions menées par l'INCa, et d'en faciliter l'appropriation par les acteurs sur le terrain.

Il prend la suite du Comité des usagers et des professionnels (Comup). Un appel à candidatures relayé par l'ensemble des partenaires institutionnels et associatifs de l'Institut a permis de recevoir 164 candidatures. Vingt-huit personnes (14 usagers et 14 professionnels) ont été sélectionnées. Il a été tenu compte de l'expérience des candidats avec le cancer ainsi que leur capacité à dépasser leur propre histoire au profit d'une vision collective et transversale des problématiques de lutte contre le cancer.

### La participation des usagers dans les instances décisionnelles est inscrite dans les objectifs des SIRIC et cancéropôles

#### Action 14.1

Les Sites de recherche intégrée sur le cancer (SIRIC) et les cancéropôles ont vu leur labellisation arriver à échéance à la fin de l'année 2017. Les nouvelles structures retenues, qui seront labellisées au cours de l'année 2018, devront organiser la démocratie sanitaire dans le cadre de leurs missions.

Ainsi les SIRIC et les Cancéropôles devront définir les modalités pour impliquer des représentants de patients de façon pertinente, régulière et efficace à tous les niveaux de leurs actions.

Au sein des SIRIC, des représentants de patients pourront être consultés via leur participation aux comités de management, via les comités de patients déjà existants au sein des institutions partenaires, ou par tout autre moyen mis en place. Les représentants de patients devront être associés autant que possible au niveau des programmes de

recherche développés par les SIRIC, en particulier dans l'élaboration et la mise en place de leurs nouveaux grands projets scientifiques. Enfin, la stratégie de diffusion des nouvelles connaissances et nouvelles pratiques produites par les SIRIC auprès du grand public et des patients devra être élaborée.

Dans le but d'impliquer des représentants de patients de façon pertinente, régulière et efficace aussi bien au niveau de la gouvernance qu'à d'autres niveaux de leurs actions, les Cancéropôles devront s'appuyer sur des associations locales, régionales ou nationales, afin qu'une confiance et un apprentissage mutuels aboutissent à des échanges constructifs.

### **LES ACTIONS EN RÉGION. LES ACTEURS DE LA DÉMOCRATIE SANITAIRE ONT ÉTÉ MOBILISÉS PAR LES ARS**

Dans plusieurs régions les ARS s'appuient pour la mise en œuvre de leur feuille de route « cancer » sur des instances existantes, telles que les CRSA<sup>8</sup> ou ont créé des comités ad hoc, comme le Comité régional des cancers (COREG) en Ile-de-France ou le Groupe thématique régional « Cancer » (GTR) en Bretagne.

Par ailleurs, que ce soit pour les structures de gestion des dépistages organisés des cancers ou pour les réseaux régionaux de cancérologie, les ARS ont sollicité les partenaires régionaux notamment ceux représentant la société civile comme la Ligue contre le cancer.

<sup>8</sup> CRSA : comité régional de la santé et de l'autonomie, réunit tous les représentants des principaux opérateurs de santé et des patients de la région.

## Objectif 15 Les données d'observation ont été actualisées, consolidées et rendues plus accessibles

### Une 9<sup>e</sup> édition des Cancers en France 100 % interactive

#### Action 15.9

Rédigée en collaboration avec de nombreux partenaires du domaine de la cancérologie et de la santé publique, cette nouvelle édition présente les données de 2015 en lien avec l'épidémiologie, le dépistage, les soins, la recherche, la vie avec le cancer. Elle met en exergue l'importance de la prévention.

Pour la première fois entièrement interactif, il s'agit désormais d'un véritable service d'accès aux chiffres et faits importants sur les cancers en France, pour mieux éclairer chacun sur la situation des cancers, et faciliter le suivi de la politique française de lutte contre les cancers. Chaque thématique est dotée d'un récapitulatif des principaux faits marquants et d'un résumé des données essentielles. Au-delà d'une navigation facilitée, les illustrations, graphiques, tableaux et focus peuvent être agrandis, téléchargés et partagés par mail ou réseaux sociaux.

### De nouvelles projections de l'incidence et de la mortalité ont été publiées

#### Action 15.7

Le partenariat entre le réseau des registres des cancers Francim, le service de biostatistique des Hospices civils de Lyon, Santé publique France et l'INCa, a permis d'établir de nouvelles projections d'incidence et de mortalité pour l'année 2017. Cette publication souligne l'importance de ce partenariat.

Chez les hommes, en termes d'incidence, le cancer de la prostate reste le plus fréquent devant le cancer du poumon et le cancer colorectal. Toutefois le cancer responsable du plus grand nombre de décès reste le cancer du poumon (20 800 décès), loin devant le cancer colorectal (9 300 décès) et celui de la prostate (8 200 décès).

Chez les femmes, en termes d'incidence, le cancer du sein reste le plus fréquent, loin devant le cancer colorectal et celui du poumon. Toutefois, ces nouvelles données montrent que la mortalité par cancer du poumon chez les femmes (10 200 décès) se rapproche de plus en plus de la mortalité par cancer du sein (11 900 décès), suivi par le cancer colorectal. Deux cancers sont donc à l'origine du tiers des décès par cancer chez la femme. Cela met en exergue la nécessité des actions de prévention afin de réduire l'incidence des cancers évitables.

#### En 2017

400 000 nouveaux cas de cancer :  
54 % hommes, 46 % femmes

150 000 décès par cancer :  
56 % hommes, 44 % femmes

## L'algorithme permettant d'étudier le système de soins a été validé

Afin d'identifier l'activité spécifique de cancérologie au sein de l'activité globale des établissements de santé publics et privés, l'INCa a développé un algorithme destiné à extraire des bases nationales du Programme de médicalisation des systèmes d'information du champ Médecine, Chirurgie, Obstétrique (PMSI MCO) les résumés de sortie anonymes (RSA) correspondants à cette activité.<sup>9</sup>

En partenariat avec les quatre fédérations hospitalières et l'Agence technique de l'information sur l'hospitalisation (ATIH), une étude a été conduite afin de tester la capacité de cet algorithme à détecter les hospitalisations liées au cancer (sensibilité) et à exclure des hospitalisations non liées au cancer (spécificité).

L'étude a été menée sur un large échantillon d'établissements et 2 340 dossiers de l'année 2012. Avec une sensibilité de 85 % et une spécificité de 98,5 %, ce travail a permis de confirmer la qualité de l'algorithme. Ce qui est d'autant plus remarquable que les séances de radiothérapie et de chimiothérapie, situations pour lesquelles on s'attend à très peu d'erreurs de classement, étaient exclues des dossiers étudiés.

En 2017, la Cohorte cancer issue du Système national des données de santé (SNDS) concerne plus de 7 millions de personnes. Son exploitation a notamment permis l'actualisation de tableaux de bords comme ceux portant sur la radiothérapie, la poursuite de l'analyse des trajectoires de soins des personnes atteintes d'un cancer du sein ou du côlon-rectum, et l'évaluation des critères d'autorisation et des lieux de soins relatifs aux cancers complexes ou rares. La collection « Les données » est enrichie d'une nouvelle fiche d'analyse traitant des besoins en préservation de la fertilité, production issue d'une collaboration avec l'Agence de biomédecine. De nouveaux axes d'étude sont entrepris avec l'évaluation de l'impact du dépistage organisé sur les soins prodigués aux femmes atteintes d'un cancer du sein.

<sup>9</sup> Algorithme de sélection des hospitalisations liées à la prise en charge du cancer dans les bases nationales d'activité hospitalière de court séjour « algorithme cancer », ouvrage collectif édité par l'INCa, Boulogne-Billancourt. juin 2013

## Objectif 16 L'INCa renforce son action européenne et internationale pour faire face aux défis mondiaux de la lutte contre le cancer

### L'engagement au niveau européen a été développé

Actions 16.9 et 16.10

L'action conjointe CANCON délivre des recommandations pour l'amélioration de la lutte contre le cancer dans l'Union européenne

CANCON est une action conjointe européenne cofinancée par la DG SANTÉ de la Commission européenne qui vise à soutenir les politiques de lutte contre le cancer menées par les États membres. L'INCa a collaboré activement à la définition et à l'élaboration des recommandations relatives à un nouveau modèle de soins, promu par le concept de réseau intégré de soins en cancérologie (CCCN). L'INCa a également coordonné l'élaboration des 38 recommandations regroupées incluant les enjeux de vie après le cancer et de réinsertion. Les principales recommandations portent sur le suivi des effets à long terme, les comorbidités, la surveillance des récurrences et des cancers secondaires, les aspects psychologiques, les soins de support, l'autonomie des patients, les enjeux du retour au travail et les soins palliatifs. L'INCa a enfin contribué à l'élaboration de conseils et orientations aux États membres pour la bonne mise en œuvre des programmes de dépistage, en accord avec les recommandations européennes actuelles sur l'assurance qualité du dépistage.

### Un 7<sup>e</sup> appel à projets TRANSCAN est annoncé

L'ERA-NET TRANSCAN-2 est un réseau européen unique en son genre rassemblant des agences de financement de la recherche, ministères et associations de 15 pays européens, 3 pays associés et d'un pays tiers (Taïwan). Ce réseau permet de soutenir des projets collaboratifs transnationaux d'envergure dans le domaine de la recherche translationnelle sur le cancer. Depuis 2011, TRANSCAN 1&2 a permis le lancement de 6 appels à projets conjoints et le financement de 67 projets de recherche collaboratifs. La pré-annonce du 7<sup>e</sup> appel à projets, qui portera sur les cancers rares, a été faite début octobre.

### Une action conjointe sur les cancers rares de l'adulte vise à améliorer l'accès des Européens à des soins de qualité au-delà des frontières nationales

La nouvelle action conjointe sur les cancers rares lancée par la Commission européenne en 2016 pour une durée de trois ans fait suite à la Directive européenne du 9 mars 2011 qui a pour objectif d'améliorer l'accès des citoyens européens à des soins de qualité au-delà des frontières nationales, et prévoit notamment la désignation de réseaux européens de référence (ERNs) pour les maladies rares et complexes, y compris les cancers rares. Les ERNs permettront le travail en réseau des prestataires de santé et des centres de soins experts, au bénéfice de patients dont la pathologie requiert une concentration de ressources ou de compétences spécifiques.

L'action conjointe sur les cancers rares contribuera à l'harmonisation des pratiques cliniques, à l'innovation et à la mise en place des solutions partagées. L'organisation spécifique en réseaux nationaux pour les cancers rares de l'adulte, portée depuis 2009 par l'INCa et la Direction générale de l'offre de soins (DGOS) du ministère de la Santé, constitue un modèle et justifie l'implication de l'INCa dans plusieurs domaines (workpackages) de cette action conjointe.

### L'INCa apporte son expertise sur le retour à l'emploi dans l'action conjointe CHRODIS

#### Action 9.5

Une nouvelle action conjointe dédiée aux maladies chroniques a été lancée par la Commission européenne en septembre 2017 pour une durée de trois ans. Son objectif est d'apporter un soutien aux États membres à travers la mise en place d'initiatives transnationales permettant de réduire le « fardeau » que représentent les maladies chroniques en préservant la pérennité et la réactivité des systèmes de santé européens.

Si les pathologies cancéreuses ne sont pas chroniques mais bel et bien aiguës, du point de vue de l'accompagnement des salariés et des employeurs, des aides et dispositifs mobilisables, les questions et les réponses sont similaires à celles des maladies chroniques. Aussi, nommé par les autorités de santé françaises pour y participer, l'Institut national du cancer contribue activement à la thématique « Emploi et enjeux liés au retour à l'emploi pour les personnes atteintes de maladies chroniques ».

### Des réseaux de coopération internationale diversifiés

#### Actions 16.9 et 16.10

#### L'INCa a financé les premières étapes d'un projet labellisé par l'Union pour la Méditerranée sur le dépistage des cancers

L'INCa a financé les premières étapes d'un projet ambitieux labellisé par l'Union pour la Méditerranée (UpM) porté par le Centre collaborateur de l'Organisation mondiale de la santé (OMS) sur la détection précoce et le dépistage des cancers. Une étude intitulée « Étude et vérification d'une stratégie de recrutement convenable pour les femmes admissibles au programme de dépistage précoce du cancer du col utérin et du cancer du sein, dans trois pays de la zone méditerranéenne, membres du projet Euromed », appelée "WoRTH", constitue le premier projet adopté en santé par les 43 pays. Ce projet est actuellement développé sur deux zones du bassin méditerranéen (Balkans et Maghreb) et dans trois pays : l'Albanie, le Monténégro et le Maroc. L'objectif principal est la rédaction d'un protocole de recrutement pour chaque pays, comportant des indications pour chaque contexte (urbain et rural), adapté en fonction de la disponibilité des ressources locales et de l'acceptabilité pour les femmes concernées. Cette stratégie sera élaborée en accord avec les plans et politiques publiques nationales ainsi qu'en étroite collaboration avec les autorités sanitaires nationales et les professionnels de santé.

### L'INCa a mis en place un réseau international de recherche sur le cancer de la prostate

L'INCa a mis en place un réseau collaboratif international impliquant des équipes de France métropolitaine, des Caraïbes et d'Afrique subsaharienne, afin d'étudier la part relative des facteurs de risque génétiques, environnementaux et comportementaux liés au cancer de la prostate chez des hommes d'origine africaine, vivant dans différents environnements. En 2017, l'Institut a ainsi financé l'étude intitulée « MULTIETHNIC-PROSTABASE: Base clinicobiologique centralisée sur la progression métastatique des cancers de prostate en fonction de facteurs ethnogéographiques ». Cette étude est actuellement menée par le Réseau africain francophone de recherche sur le cancer de la prostate (RAF-RCP), l'Association centre de recherche pour les pathologies prostatiques (CeRePP) et le Réseau franco-africain-caribéen (KARU).

### L'INCa a renforcé sa coopération bilatérale à travers la mise en place de partenariats stratégiques

Actions 16.9 et 16.10

La coopération bilatérale de l'INCa a également été renforcée en 2017 à travers les coopérations suivantes :

- **le National Cancer Institute (NCI) américain** : après la signature d'un protocole d'entente entre l'INCa et le NCI différents sujets ont été sélectionnés pour mener des actions communes, notamment les nanotechnologies, la médecine de précision, les préneoplasies et la lutte contre le tabagisme. En 2017, le programme « Embassy Science Fellows Program 2017 » permet à des représentants de la Direction du NCI d'être accueillis à l'INCa début 2018 pour partager leurs expériences des plans cancer et de la lutte contre le tabac ;
- **la Chine** : l'INCa et le Centre national du cancer chinois (NCC) ont signé en juin 2016 un protocole d'entente. Deux domaines majeurs de collaboration ont été identifiés : la mise en œuvre au niveau national et régional des plans cancers en incluant les enjeux de gouvernance et d'évaluation d'impact et l'amélioration de la qualité et l'innovation dans le domaine de la lutte contre le cancer. À cet effet, l'INCa a été invité par le National Cancer Center chinois pour intervenir lors de la session plénière de la conférence internationale pour la prévention et la lutte contre le cancer, le 1 et 12 novembre 2017 à Pékin, afin de présenter le dispositif français de lutte contre le tabac et le programme national de dépistage.
- **le Japon** : à la suite de la signature en 2014 d'un protocole d'entente entre l'INCa et le National Cancer Center (Japon), l'INCa a eu le privilège de recevoir en janvier 2017 la visite du ministre de la Santé japonais. Les échanges ont porté sur le déploiement de la médecine génomique en France et au Japon. Le Directeur du National Cancer Center (NCC) a été reçu à l'INCa en mai 2017. Cette visite a permis de développer des axes de collaboration et de renouveler le protocole d'entente pour une durée de cinq ans.
- **Taiwan** : dans la continuité des relations privilégiées entre l'INCa et le ministère des Sciences et Technologies de Taïwan (MoST), les deux institutions ont signé un protocole d'entente en mars 2017. Après la signature de cet accord, l'INCa a ouvert pour la première fois l'appel à projets PLBIO 2018 (Projets libres de Recherche "Biologie et Sciences du Cancer") à un cofinancement international.

## La régionalisation des structures de dépistage est engagée

Actions 16.4 et 16.5

Le cadre organisationnel des centres régionaux de coordination des dépistages des cancers a été précisé par instructions aux ARS

L'action 16.4 du Plan cancer 2014-2019 vise à « promouvoir, dans un objectif d'harmonisation des pratiques et d'efficience, une organisation régionale des coordinations de dépistage des cancers en appui des échelons territoriaux. »

Sur saisine de la Direction générale de la santé (DGS) et en concertation avec les acteurs des dépistages des cancers, l'INCa a défini le schéma cible d'évolution de l'organisation du dispositif actuel. Sur la base de ses propositions et d'une concertation menée avec les ARS, la régionalisation des structures de gestion du dépistage organisé des cancers a été engagée par le ministère en charge de la santé par les instructions aux ARS du 21 décembre 2016 et du 28 avril 2017.

Le cadre organisationnel des futurs centres régionaux de coordination des dépistages des cancers est ainsi précisé, tout comme les principes de gouvernance et un cahier des charges indicatif des missions et moyens. L'arrêté sera publié au premier semestre 2018, avec une entrée en vigueur au 1<sup>er</sup> janvier 2019.

Un nouveau référentiel des missions des réseaux régionaux de cancérologie a été publié

Les réseaux régionaux de cancérologie (RRC) jouent un rôle important en faveur du déploiement des mesures de qualité en cancérologie. L'enjeu est aujourd'hui de renforcer leur action et d'adapter celle-ci au contexte d'importantes évolutions dans les soins du cancer. C'est ce que propose le nouveau référentiel de leurs missions, actualisant le précédent datant de 2007 sera prochainement publié.

Le nouveau référentiel de missions positionne tout d'abord le réseau régional en véritable acteur relais de l'ARS dans le champ de la cancérologie. L'ARS pourra ainsi missionner le réseau sur des chantiers qui lui apparaissent prioritaires au regard de l'épidémiologie régionale ou de la situation de l'offre.

Le nouveau référentiel permettra par ailleurs de mieux prendre en compte les besoins des acteurs. Ceci dans un contexte de forte évolution des soins qui nécessite d'accentuer les efforts d'information et de formation des professionnels, d'impulser des actions de qualité des pratiques et de lisibilité de l'offre de soins.

Enfin, les interventions des RRC doivent être davantage tournées vers les professionnels du premier recours. Actuellement très centrées sur les professionnels hospitaliers, les actions de formation et de sensibilisation des RRC vis-à-vis des thérapeutiques orales seront essentielles pour permettre aux professionnels du premier recours de trouver une juste place dans le suivi des patients atteints de cancer.

## LES ACTIONS EN RÉGION. L'ÉVOLUTION DES STRUCTURES DE CANCÉROLOGIE A ÉTÉ LARGEMENT ENGAGÉE

L'évolution des structures de cancérologie en région, portée par les ARS, concerne prioritairement les structures de gestion des dépistages organisés des cancers et les réseaux régionaux de cancérologie, ainsi que les centres de coordination en cancérologie (3C). Les spécificités de chacun de ces réseaux (territorialité, taille, statut juridique...) conduisent les ARS à adopter des stratégies différenciées pour mener à bien cette réorganisation régionale. À chaque fois, les travaux ont été initiés par une mobilisation de l'ensemble des acteurs et le partage d'un diagnostic régional.

Pour les structures de gestion des dépistages des cancers, les ARS ont mobilisé au sein de comités de pilotage régionaux l'Assurance maladie, principal co-financeur des programmes de dépistage des cancers, au travers des directions régionales de la gestion du risque (DRGDR), et les représentants des structures de gestion. Ainsi, l'ARS Ile-de-France, ou l'ARS Auvergne Rhône-Alpes ont réuni leurs partenaires au sein de leur comité régional des cancers.

L'évolution vers une régionalisation des structures de dépistage rencontre principalement une difficulté organisationnelle. Au-delà même de leur nombre élevé, le niveau d'intervention actuel, départemental, complexifie la démarche engagée du fait de la pluralité des statuts et des organisations. Ainsi en Auvergne Rhône-Alpes, parmi les 9 structures de gestions existantes, 2 sont interdépartementales et 3 statuts différents sont relevés (associatif – GIP – œuvre de caisses).

Aussi, si elles assurent par elles-mêmes la concertation sur les choix à venir d'organisation cible et de scénario d'évolution, les ARS ont majoritairement opté pour un accompagnement par un cabinet spécialisé sur les aspects juridiques, financiers et la gestion des ressources humaines.

En dépit de la complexité de certaines situations locales, les ARS et leurs partenaires ont respecté les calendriers : le déploiement des nouveaux dispositifs devrait être opérationnel rapidement après la publication des arrêtés relatifs aux programmes nationaux des dépistages des cancers.

La réorganisation des réseaux régionaux de cancérologie, entraînée par la fusion des régions, est également en cours. Certaines régions comme les Hauts-de-France se sont déjà dotées d'un réseau unique en 2017. Les ARS se sont toutes fortement mobilisées. Elles ont soutenu ou réalisé des états des lieux des actions menées ainsi que des modalités d'organisation et de fonctionnement des réseaux de leur région. Certaines ont opté pour un accompagnement externe notamment pour ce qui a trait à l'aspect juridique, social, comptable et financier des réseaux, comme en Grand Est.

Dans l'attente d'un cadrage national, les ARS ont souvent accompagné cette démarche de régionalisation des réseaux d'une évaluation des centres de coordination en cancérologie (3C).

## Et également en 2017 (Objectifs 13 à 17)

- **Développement des outils partagés d'évaluation, Action 17.13**

Dans la suite du projet HELIOS, et au sein d'une action concertée institutionnelle coordonnée par l'INCa, une étude est lancée afin d'évaluer l'outil HELIOS. Un chantier a été engagé afin de valider des méthodes d'évaluation basées sur le partage des données relatives aux publications scientifiques et aux projets financés. Ce travail se fait en collaboration avec l'ITMO cancer et New York University et s'appuiera sur le projet HELIOS porté par l'Institut national du cancer. Ce chantier vise également à nous doter de méthodes et d'outils d'évaluation des impacts des projets de recherche. En parallèle, trois groupes de travail réunissant nos partenaires institutionnels ont été lancés autour du thème de l'évaluation d'impact des projets de recherche.

- **Santé publique France a mis en ligne des fiches interactives rassemblant les données épidémiologiques par cancer, Action 15.9**

À l'occasion de la journée internationale de lutte contre le cancer, Santé publique France a mis en ligne des fiches synthétisant les données épidémiologiques (incidence, mortalité, survie, prévalence, facteurs de risque) produites grâce au partenariat avec les registres, les Hospices civils de Lyon et l'INCa en commençant par quatre cancers : sein, poumon, côlon-rectum, col de l'utérus.

## AVANCEMENT DU PLAN CANCER : SYNTHESE DE L'AVANCEMENT ET TABLEAUX DE SUIVI

Le Plan cancer avance globalement selon le planning prévu : à deux ans de son échéance, 901 des 1385 jalons prévus d'ici la fin du Plan sont définitivement acquis, soit 65% des jalons du Plan. Comme le planning de 267 autres jalons est strictement respecté, seul 15% des jalons du Plan sont en retard.

901	267	70	33	114
65%	19%	5%	2%	8%

Terminé ■ Planning respecté ■ Retard (moins de 3 mois) ■ Retard (de 3 à 9 mois) ■ Retard (plus de 9 mois)

Ce rapport inclut une synthèse de l'état d'avancement des actions au 1<sup>er</sup> février 2018, ainsi que des tableaux de bord de suivi exhaustifs pour chacune des 208 actions.

L'état d'avancement de chaque action est calculé en fonction du respect du calendrier des jalons qui la composent selon la méthodologie suivante :

Règles	État de l'action
Si <u>tous</u> les jalons programmés sont "Terminés"	Achevée
S'il n'y a pas de jalon en retard et qu'au moins un jalon est "En cours"	Planning respecté
Si un jalon est « En cours » avec une date de fin dépassée de moins de 3 mois, ou si l'action est prévue le 01/01/2016 et n'a pas encore débutée	Retard de moins de 3 mois
Si un jalon est « En cours » avec une date de fin dépassée entre plus de 3 mois et 9 mois	Retard de 3 à 9 mois
Si un jalon est « En cours » avec une date de fin dépassée de plus de 9 mois	Retard de plus de 9 mois
Si l'action n'a pas de jalons car elle est mise en place dans le cadre d'une autre action	Mise en œuvre dans le cadre de l'action X.X

Ce calcul objectif en fonction de la date de fin des jalons doit être nuancé car certaines actions sont affichées en retard en raison d'un seul jalon alors que l'action a souvent bien avancé. Figure également l'avancée des actions en fonction du pourcentage des jalons réalisés par rapport aux jalons prévus.

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

A l'analyse des tableaux de suivi, certaines actions en retard le sont en raison d'un glissement de calendrier lié aux événements indépendants de la volonté du pilote comme, par exemple, un retard législatif. D'autres le sont pour des raisons conjoncturelles, mais qui ne mettront pas en difficulté l'action à moyen terme. Par ailleurs, les retards sont parfois imputables à une mauvaise conception et définition des modalités pour atteindre l'objectif visé par l'action, nécessitant de reprogrammer l'action. Le comité de pilotage approuve donc à chaque séance de nouveaux jalons qui sont intégrés dans ce rapport. Les actions en retard à cause de difficultés ou de blocages font l'objet d'un suivi spécifique par les pilotes et par le comité de pilotage.

## Synthèse de l'état d'avancement des 208 actions au 1er janvier 2018

### 44 actions achevées

N°	Nom de l'action	Nombre de jalons		
		Total	Terminés	
2.13	Assurer aux adolescents et jeunes adultes une prise en charge tenant compte de leur spécificité et s'attachant au maintien du lien social.	4	4	100%
2.17	Inclure une formation en gériatrie dans le DES d'oncologie et dans la formation de cancérologie.	4	4	100%
3.5	Préciser, en lien avec les professionnels et sur la base de données de la littérature, les actes de chirurgie oncologique pouvant être réalisés en ambulatoire.	1	1	100%
3.6	Pour les actes de chirurgie en ambulatoire ayant démontré leur bénéfice pour les patients et leur faisabilité, les inscrire dans la politique d'incitation tarifaire ou de contractualisation et mettre en place des indicateurs de qualité et de sécurité des soins.	4	4	100%
3.9	Favoriser la diffusion et l'évaluation des techniques de radiologie interventionnelle par les établissements pilotes.	1	1	100%
4.4	Améliorer la formation diplômante des médecins cancérologues.	5	5	100%
4.6	Améliorer la formation des professionnels de l'anatomocyto-pathologie.	4	4	100%
4.7	Pour réduire les inégalités territoriales, éclairer les décisions publiques dans l'ouverture de postes en cancérologie par un échange annuel entre les ARS, la conférence des présidents d'université, les ministères de la santé et recherche et l'INCa en s'appuyant notamment sur l'analyse de la démographie médicale réalisée par l'INCa et l'ONDPS.	4	4	100%
5.5	Définir des priorités en matière de développement des médicaments anticancéreux.	3	3	100%
5.8	Faire évoluer les dispositifs de valorisation des médicaments anticancéreux.	7	7	100%
5.9	Anticiper l'impact économique de l'innovation pour garantir son accès à tous dans la durée.	3	3	100%
5.10	Lutter contre les inégalités d'accès aux médicaments et les pertes de chance.	3	3	100%
5.12	Accélérer le processus de tarification des actes et traitements innovants pour un accès plus rapide.	5	5	100%
7.5	Structurer sous la responsabilité des ARS une organisation territoriale mobilisant les acteurs sanitaires, sociaux et médico-sociaux impliqués pour assurer une prise en charge globale et coordonnée.	8	8	100%
7.9	Faciliter l'accès des personnes atteintes de cancer qui en ont besoin aux aides à domicile.	4	4	100%
7.10	Mieux prendre en compte les besoins des aidants familiaux ou proches aidants.	2	2	100%
9.2	Veiller aux besoins de compensation liés à la maladie et aux traitements des cancers de l'enfant.	2	2	100%
9.3	Sécuriser le parcours des étudiants atteints de cancer dans l'enseignement supérieur.	6	6	100%
9.8	Permettre un meilleur accès aux revenus de remplacement en cas d'arrêt maladie.	3	3	100%
9.13	Instaurer un « droit à l'oubli ».	5	5	100%
9.15	Clarifier le rôle des médecins traitants et développer l'accompagnement des candidats à l'emprunt pour le remplissage des questionnaires de santé.	3	3	100%
10.2	Renouveler, agrandir et repositionner les avertissements sanitaires (65% de la surface, placés en haut, nouveaux textes et images) des conditionnements des cigarettes et de tabac à rouler, conformément à la directive 2014/40/UE.	3	3	100%
10.3	Interdire la publicité pour le tabac dans les lieux de vente.	1	1	100%
10.8	Interdire le vapotage dans certains lieux collectifs.	2	2	100%
10.11	Montrer les méfaits du tabac par une augmentation de la communication en direction des fumeurs.	5	5	100%
10.12	Mettre en place un pictogramme « grossesse sans tabac » sur les contenants de produits du tabac.	5	5	100%
10.14	Développer le « e-coaching » (outils réalisés en lien avec l'Institut national de prévention et d'éducation pour la santé et la caisse nationale d'Assurance maladie des travailleurs salariés).	2	2	100%

N°	Nom de l'action	Nombre de jalons		
		Total	Terminés	
10.15	Impliquer davantage les médecins généralistes dans la lutte contre le tabagisme, en incluant un indicateur dédié dans la rémunération sur objectif de santé publique.	3	3	100%
10.16	Développer une offre de proximité gratuite d'accompagnement à l'arrêt du tabac par la mobilisation des 430 centres de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie (CSAPA), de leurs 250 consultations jeunes consommateurs (CJC) et des 112 centres d'examen de santé de l'Assurance maladie.	3	3	100%
10.17	Améliorer le remboursement du sevrage du tabagisme par le triplement du montant du forfait pour les publics prioritaires : jeunes de 20 à 30 ans, bénéficiaires de la CMU-C, personnes souffrant d'un cancer.	5	5	100%
10.19	Aménager les espaces fumeurs du ministère de manière à valoriser les espaces non fumeurs.	3	3	100%
10.20	Développer l'aide au sevrage du tabac des personnels du ministère.	1	1	100%
10.22	Étudier la mise en place d'un site dédié à la transparence des activités de l'industrie du tabac sur le modèle de celui conçu pour l'industrie pharmaceutique.	4	4	100%
10.23	Créer un fonds dédié à la lutte contre le tabac et accroître les moyens dédiés à cette lutte.	3	3	100%
11.1	Améliorer le respect des mesures d'encadrement de l'offre de l'alcool.	2	2	100%
11.6	Développer l'éducation et la promotion de la nutrition et de la pratique physique.	8	8	100%
11.8	Améliorer la couverture vaccinale anti-VHB en informant la population et les professionnels de santé sur le ratio bénéfice/risque de la vaccination.	4	4	100%
13.3	Faire évoluer les formations initiales pour répondre aux besoins de la recherche en cancérologie.	1	1	100%
15.6	Mettre à disposition des indicateurs d'évaluation de la lutte contre les cancers.	1	1	100%
15.8	Sécuriser l'accès aux données et l'interopérabilité tout en assurant la confidentialité.	3	3	100%
16.1	Afin de conforter la synergie recherche/santé, affirmer l'INCa comme opérateur des ministères de la santé et la recherche dans le champ du cancer.	2	2	100%
16.3	Associer la MILDT aux actions du Plan cancer à mener dans le domaine de la lutte contre les drogues et les conduites addictives, ainsi qu'à leur suivi.	2	2	100%
16.4	Garantir à l'ARS un appui régional fort dans le champ de la cancérologie en misant sur le rapprochement des structures.	4	4	100%
16.7	À l'issue des cinq années d'existence des 8 SIRIC, organiser en 2016 un nouvel appel à candidatures ouvert aux structures précédemment financées ou à de nouveaux projets.	4	4	100%

#### 46 actions en planning respecté avec 67% de jalons réalisés

N°	Nom de l'action	Nombre de jalons		
		Total	Terminés	
1.2	Améliorer le taux de couverture de la vaccination par le vaccin anti-papillomavirus en renforçant la mobilisation des médecins traitants et en diversifiant les accès, notamment avec gratuité, pour les jeunes filles concernées.	8	4	50%
2.1	Garantir aux patients, avec l'appui du médecin généraliste ou de l'équipe de premier recours, un premier rendez-vous avec l'équipe de cancérologie la plus adaptée à leur situation et dans un délai rapide.	5	1	20%
2.8	S'assurer qu'un patient nécessitant une prise en charge complexe soit adressé vers une équipe ayant les compétences et la capacité technique adaptées.	4	3	75%
2.10	Garantir à chaque malade que la proposition thérapeutique qui lui est faite a pu s'appuyer sur l'avis d'une RCP spécialisée lorsque la situation ou la complexité de sa prise en charge le justifient.	5	3	60%
3.3	Impliquer le patient en développant l'éducation thérapeutique en cancérologie.	4	1	25%
5.1	Optimiser l'organisation de la recherche translationnelle en associant les financements institutionnels (DGOS/ITMO Cancer/INCa via le budget de l'ANR) dans des appels à projets uniques de l'INCa.	15	11	73%
5.2	Inclure 50 000 patients par an dans des essais thérapeutiques en 2019.	5	3	60%
5.3	Poursuivre l'effort de développement de centres d'essais précoces (CLIP2) pour une meilleure couverture territoriale et favoriser la création de centres dédiés aux enfants.	16	11	69%

N°	Nom de l'action	Nombre de jalons		
		Total	Terminés	
5.4	Associer les patients et leurs représentants aux essais cliniques et dans le parcours permettant l'accès à ces recherches.	6	3	50%
5.6	Adapter les essais cliniques aux évolutions conceptuelles induites par l'arrivée des thérapies ciblées.	8	6	75%
6.1	Faire évoluer le dispositif d'oncogénétique et améliorer son accès.	15	9	60%
6.5	Générer et comprendre les grandes données.	5	3	60%
6.6	Intégrer les études génomiques des cancers dans une vision scientifique globale de l'hétérogénéité des tumeurs et de leurs relations avec le stroma et le système immunitaire.	11	5	45%
6.7	Développer des algorithmes d'identification des anomalies moléculaires responsables des cancers et rendre prioritaires les projets visant à développer les outils d'aide à la décision thérapeutique dans le cadre du programme de recherche sur la performance du système de soins.	0		
7.8	Apporter des solutions de garde d'enfants pendant les rendez-vous médicaux et les traitements des parents.	4	3	75%
7.11	Promouvoir l'accès à des solutions d'hébergement adaptées à l'évolution des prises en charge.	4	3	75%
7.12	Ouvrir aux personnes atteintes de cancer les plus démunies l'accès à une offre élargie d'alternatives au domicile.	6	5	83%
7.13	Rendre accessible aux malades et aux proches une information adaptée.	6	5	83%
7.16	Améliorer l'information sur les essais cliniques en cancérologie.	3	2	67%
8.7	Favoriser l'observation et la recherche dédiée à la prévention des risques de second cancer.	8	6	75%
9.12	Objectiver les restes à charge des personnes atteintes de cancer.	3	2	67%
9.17	Conforter et coordonner les dispositifs d'observation et de recherche sur la vie pendant et après le cancer.	20	18	90%
10.1	Mettre en place le paquet neutre standardisé pour les cigarettes et le tabac à rouler.	8	7	88%
10.4	Interdire les arômes perceptibles dans les produits du tabac, conformément à la directive 2014/40/UE.	5	4	80%
10.7	Habiliter les polices municipales à contrôler l'interdiction de fumer dans les lieux publics.	3	2	67%
10.9	Restreindre la publicité en faveur des dispositifs électroniques de vapotage : rappeler les modalités possibles de publicité dans une circulaire puis interdire la publicité pour ces produits et les liquides associés.	4	2	50%
10.10	Habiliter les polices municipales à contrôler l'interdiction de vente aux mineurs.	4	3	75%
10.13	Promouvoir auprès des professionnels et du grand public le numéro d'appel unique « 39 89 » et le site tabac-info-service.	7	6	86%
10.24	Mettre à contribution l'industrie du tabac pour financer ce fonds.	5	3	60%
12.1	Renforcer la prévention primaire en milieu de travail pour réduire l'exposition aux agents cancérigènes (biologiques, physiques, chimiques).	12	9	75%
12.6	Réduire l'exposition de la population aux polluants atmosphériques aux valeurs limites européennes définies en 2010.	2	1	50%
13.1	Garantir l'indépendance et la créativité de la recherche en assurant un taux de financement pour la recherche fondamentale sur le cancer supérieur à 50 % des crédits de l'ensemble des appels à projets de l'INCa et de l'Aviesan cancer.	12	8	67%
13.2	Soutenir le continuum entre une recherche fondamentale d'excellence et la recherche clinique dans les sites de recherche intégrée sur le cancer (SIRIC).	12	9	75%
13.4	Renforcer l'attractivité des métiers de la recherche en cancérologie.	7	5	71%
14.1	Généraliser pour le cancer la participation des usagers dans les instances de pilotage, de gestion ou de production de soins ou de recherche.	10	8	80%
14.2	Identifier les expériences et les pratiques innovantes en termes de participation des usagers et des personnes malades.	5	1	20%
14.3	Établir un bilan critique de ces expériences et formuler des objectifs et des recommandations pour le déploiement de la démocratie sanitaire dans les instances de pilotage et de coordination.	2	0	0%
14.4	Évaluer de façon qualitative, au terme du Plan cancer, les dispositifs de démocratie sanitaire déployés.	1	0	0%

N°	Nom de l'action	Nombre de jalons		
		Total	Terminés	
15.5	Développer l'évaluation en économie de la santé.	8	7	88%
15.9	Valoriser l'observation et les données en permettant leur appropriation et exploitation par le plus grand nombre.	9	7	78%
16.6	Recentrer les missions des cancérôles sur des champs non couverts par d'autres organisations (émergence de projets dans des thématiques et technologies innovantes et de jeunes équipes, priorités régionales ou interrégionales de recherche incluant sa valorisation).	10	8	80%
16.8	Articuler les actions des SIRIC et des cancérôles pour renforcer les forces de recherche sur un territoire donné.	8	5	63%
16.9	Soutenir le développement des programmes de lutte contre le cancer des agences internationales, notamment leurs volets d'actions envers les pays francophones de l'Afrique subsaharienne et du sud de la Méditerranée.	16	12	75%
16.10	Développer des réseaux collaboratifs entre la France et les pays du sud dans le domaine de la recherche et de la santé publique, en s'appuyant notamment sur les infrastructures développées par les partenaires d'Aviesan Sud (IRD, Instituts Pasteur, Fondation Mérieux, etc.) dans les pays ciblés.	18	12	67%
16.11	Participer activement aux actions de coordination des financeurs internationaux de la recherche sur le cancer et les prolonger avec les pays européens et les États-Unis, et avec les pays émergents en proposant des solutions partagées par tous.	14	8	57%
17.13	Développer des outils partagés d'évaluation des projets de la recherche en cancérologie.	6	0	0%

### 32 actions en retard de moins de 3 mois avec 69% de jalons réalisés

N°	Nom de l'action	Nombre de jalons		
		Total	Terminés	
1.1	Permettre à chaque femme de 25 à 65 ans l'accès à un dépistage régulier du cancer du col utérin via un programme national de dépistage organisé.	12	7	58%
1.3	Assurer aux femmes chez lesquelles une anomalie a été détectée (cancer du col de l'utérus) une prise en charge adaptée.	4	2	50%
1.9	Améliorer l'information des populations concernées par les dépistages pour leur permettre de faire des choix éclairés.	13	10	77%
2.5	Réviser et faire évoluer les critères d'agrément à la prise en charge du cancer par l'INCa avec l'appui de groupes d'experts, pour améliorer notamment l'orientation des situations complexes.	3	1	33%
2.14	Harmoniser l'organisation des dispositifs de double lecture des prélèvements tumoraux entre les différents cancers rares de l'adulte et mettre en place un dispositif de double lecture des tumeurs solides malignes de l'enfant.	6	4	67%
3.2	Adapter les organisations à l'essor des chimiothérapies orales.	14	13	93%
3.12	Harmoniser et rapprocher le système de codage des actes de radiothérapie dans les secteurs publics et privés, afin de pouvoir piloter une politique nationale en matière de radiothérapie.	13	11	85%
3.14	Évaluer globalement la démarche de qualité/analyse de risque de radiothérapie, mise en place et soutenue dans le cadre du Plan cancer 2009-2013, et inciter les équipes à s'inscrire dans une démarche d'évaluation médico-économique.	14	11	79%
5.7	Faire évoluer les dispositifs d'évaluation des médicaments anticancéreux.	8	6	75%
5.13	Accompagner les projets de valorisation des innovations technologiques en imagerie, chirurgie et robotique, et dans les nouvelles sources biophysiques, conformément au contrat de la filière Industries et technologies de santé.	6	5	83%
6.2	Conforter l'accès aux tests moléculaires.	10	6	60%
6.3	Mettre en œuvre dès 2014 des essais cliniques incluant l'analyse de l'exome tumoral sur 3 000 patients atteints de cancers du sein, cancers du côlon, cancers du poumon et sarcomes pour démontrer la faisabilité à grande échelle de ces approches et leur utilité dans la prise en charge des patients.	6	4	67%
7.1	Garantir aux malades une orientation adéquate dès le diagnostic de cancer.	5	2	40%
7.6	Assurer une orientation adéquate vers les soins de support pour tous les malades.	6	5	83%
7.15	Soutenir des expériences de « patients ressources » bénévoles et évaluer l'apport et les conditions de leur participation à l'accompagnement des personnes atteintes de cancer.	14	10	71%

N°	Nom de l'action	Nombre de jalons		
		Total	Terminés	
8.1	Assurer l'accès à la préservation de la fertilité.	8	3	38%
9.16	Suivre l'évolution de l'impact de la convention AERAS sur la durée du Plan.	6	2	33%
10.5	Interdire de fumer dans un véhicule en présence de mineurs de moins de 12 ans .	2	1	50%
10.6	Interdire de fumer dans les espaces publics de jeux dédiés aux enfants .	2	1	50%
10.18	Élargir l'éventail des professionnels pouvant intervenir dans la prise en charge de l'arrêt du tabac : médecins des services de prévention (santé au travail, etc.), infirmiers, sages femmes (autorisation pour les sages femmes de prescrire des substituts nicotiniques à l'entourage fumeur de femmes enceintes).	5	4	80%
10.21	Élaborer un plan interministériel de lutte contre le commerce illicite de tabac.	8	7	88%
11.11	Développer l'éducation à la santé en milieu scolaire.	4	3	75%
11.14	Faire de la recherche interventionnelle un véritable outil de prévention et de changement de comportements.	19	9	47%
12.8	Diminuer l'exposition aux rayonnements ultraviolets artificiels et naturels.	10	8	80%
12.9	Sensibiliser le public sur la façon de réduire l'exposition aux substances classées cancérigènes possibles, notamment chez la femme enceinte et les enfants en bas âge (par exemple exposition aux pesticides et biocides à usage domestique).	6	4	67%
13.5	Partager les informations et les données aux niveaux national et international entre professionnels et avec le grand public.	5	4	80%
14.5	Apporter une formation spécifique aux représentants des usagers et à leurs interlocuteurs professionnels (administrateurs ou professionnels de santé et de la recherche) dans un objectif de co-construction des politiques et des actions de lutte contre les cancers.	5	3	60%
15.1	Mieux comprendre les inégalités sociales et géographiques face aux cancers.	7	6	86%
15.10	Assurer la synergie des acteurs dans le domaine de l'observation et de l'évaluation.	7	5	71%
16.2	Renforcer le rôle de pilotage technique et d'animation régulière et décloisonnée des structures de la cancérologie par l'INCa en appui au pilotage stratégique des ministères de la santé et de la recherche.	13	10	77%
17.6	Mettre en œuvre dans le domaine du cancer une des expérimentations de « tarification au parcours ».	9	8	89%
17.12	Conforter le suivi scientifique des projets financés.	6	2	33%

### 12 actions en retard entre 3 et 9 mois avec 59% de jalons réalisés

N°	Nom de l'action	Nombre de jalons		
		Total	Terminés	
1.4	Mettre en place une évaluation de la stratégie de lutte contre le cancer du col de l'utérus pour guider et réajuster les dispositifs.	9	3	33%
2.19	Généraliser le dossier communicant de cancérologie (DCC) et mobiliser les outils de communication numérique au service de la coordination ville-hôpital.	19	11	58%
2.20	Faire évoluer les programmes personnalisés de soins (PPS) et de l'après-cancer (PPAC), intégrés à terme dans le DCC, vers des outils opérationnels de déclinaison de la prise en charge et d'interface ville-hôpital. (en lien avec l'action 7.3).	8	5	63%
7.2	Adapter et renforcer le dispositif d'annonce.	3	1	33%
7.14	Promouvoir le développement de programmes d'éducation thérapeutique des patients.	10	5	50%
8.3	Améliorer la prise en compte des séquelles physiques des traitements des cancers.	8	5	63%
8.4	Systématiser l'accompagnement au sevrage tabagique des malades atteints de cancer.	12	7	58%
8.6	Promouvoir chez les patients atteints de cancer l'activité physique et les comportements nutritionnels adaptés.	6	4	67%
9.18	Étudier les trajectoires des personnes atteintes de cancer à travers les bases de données publiques et les cohortes en population.	10	6	60%
11.12	Éclairer les choix individuels en clarifiant la hiérarchie des facteurs de risque de cancers.	10	8	80%
15.4	Appréhender les parcours de soins grâce à la « cohorte cancer ».	10	8	80%
15.7	Conforter la surveillance et l'observation épidémiologiques des cancers à partir des registres.	11	6	55%

## 61 actions en retard de plus de 9 mois avec 53% de jalons réalisés

N°	Nom de l'action	Nombre de jalons		
		Total	Terminés	
1.5	Proposer, par le médecin traitant, à chaque personne la modalité de dépistage et de suivi adaptée à son niveau de risque de cancer du sein ou de cancer colorectal, en intégrant les personnes à risque aggravé dans les programmes de dépistages, avec l'appui des structures de gestion et de l'Assurance maladie.	8	3	38%
1.6	Accroître l'efficacité des programmes de dépistage organisé du cancer du sein et du cancer colorectal.	9	6	67%
1.7	Lutter contre les inégalités d'accès et de recours aux programmes de dépistage.	18	11	61%
1.10	Veiller à la pertinence des pratiques en matière de dépistage individuel ; encadrer et limiter les pratiques dont l'efficacité n'est pas avérée voire délétère.	8	5	63%
1.11	Développer et accompagner le transfert des innovations technologiques et organisationnelles en matière de dépistage des cancers.	12	5	42%
2.2	Développer une politique active de maîtrise des délais de prise en charge.	13	7	54%
2.3	Réduire les inégalités territoriales et harmoniser les délais d'accès à l'IRM et à la TEP.	11	6	55%
2.4	Garantir une amélioration de la qualité et sécurité des prises en charge en mobilisant les dispositifs de certification, d'accréditation et en assurant une diffusion publique des indicateurs de qualité.	7	6	86%
2.6	Faire évoluer le périmètre des autorisations de traitement du cancer prenant en compte les changements dans les techniques de prises en charge et l'accès à l'innovation.	16	9	56%
2.7	Définir et diffuser auprès des professionnels de santé et du public les pratiques cliniques de référence.	8	5	63%
2.9	Définir dans chaque discipline de prise en charge ce qui relève d'un équipement de « centre de proximité » et ce qui relève d'une structure de « recours » intégrant des techniques hautement spécialisées.	5	2	40%
2.11	Renforcer les conditions de la réalisation des allogreffes et des autogreffes de cellules souches hématopoïétiques et évaluer le dispositif au regard des besoins territoriaux et de la qualité.	23	8	35%
2.12	Faciliter pour chaque patient l'accès à un second avis concernant sa prise en charge et les options thérapeutiques, conformément à la loi du 4 mars 2002.	7	6	86%
2.15	Identifier et labelliser des centres de référence au niveau national pour les prises en charge des enfants présentant des tumeurs rares.	4	2	50%
2.16	Améliorer la prise en charge des personnes âgées atteintes de cancer et la prise en compte de leurs besoins spécifiques, notamment en s'appuyant sur une recherche clinique renforcée pour cette population.	6	3	50%
2.21	Développer la télémedecine notamment pour les départements d'outre-mer dans le cadre de la Stratégie nationale de santé.	4	3	75%
2.22	Mettre à disposition des professionnels de premier recours des outils de bonnes pratiques pour l'organisation des parcours de soins en ambulatoire.	7	4	57%
3.1	Définir les bonnes pratiques d'utilisation des chimiothérapies orales pour accompagner les professionnels en ville et à l'hôpital.	7	3	43%
3.4	Définir les conditions de sécurité et de qualité de délivrance et d'administration des anticancéreux à domicile.	8	5	63%
3.7	Soutenir la réorganisation des services pour le développement de la chirurgie ambulatoire avec une phase d'expérimentations et d'aide à la conduite du changement dans des sites pilotes dans un premier temps.	7	3	43%
3.8	Améliorer la lisibilité de l'offre en identifiant les équipes pratiquant la radiologie interventionnelle, et le repérage des actes concernés et identifier et mener les évolutions nécessaires du dispositif réglementaire et tarifaire.	10	5	50%
3.11	Garantir une offre adaptée en équipements de radiothérapie sur le territoire et en améliorer la lisibilité afin de faciliter les orientations adéquates des patients et réduire les délais d'accès.	12	9	75%
3.15	Organiser un maillage territorial adapté pour les équipements de haute technicité en s'appuyant sur des recommandations sur leurs indications.	12	8	67%
3.16	Réguler au niveau national l'offre en équipement lourd, particulièrement coûteux (exemple : protonthérapie).	7	3	43%

N°	Nom de l'action	Nombre de jalons		
		Total	Terminés	
4.1	Créer le métier d'infirmier en pratique avancée et le déployer prioritairement dans le champ de la cancérologie.	5	1	20%
4.2	Reconnaître pleinement la profession de radiophysicien en tant que profession de santé en prenant des mesures d'ordre réglementaire dans le code de la santé publique.	5	3	60%
4.3	Reconnaître la profession de dosimétriste en tant que profession de santé.	5	1	20%
4.5	Garantir la qualité des formations initiales et continues en cancérologie.	1	0	0%
5.11	Clarifier le processus de repérage et d'évaluation des innovations technologiques et des évolutions organisationnelles qu'elles engendrent.	11	3	27%
6.4	Soutenir la mise en œuvre et la réalisation du séquençage à haut débit de l'ensemble des cancers à la fin du Plan.	9	4	44%
7.3	Permettre à chacun de disposer de programmes personnalisés de soins et de l'après-cancer prenant en compte l'ensemble de ses besoins.	5	3	60%
7.4	Garantir au patient l'articulation entre l'hôpital et la ville à l'occasion de la consultation de fin de traitement.	7	3	43%
7.7	Améliorer l'accès à des soins de support de qualité.	11	7	64%
8.2	Structurer le suivi de long terme des enfants et adolescents.	2	1	50%
8.5	Mieux prendre en considération la consommation d'alcool des patients atteints de cancer et informer sur ses dangers.	4	1	25%
9.1	Améliorer l'accès aux aménagements pour le maintien de la scolarisation.	7	3	43%
9.4	Parfaire l'offre de solutions adaptées à chaque situation personnelle des personnes atteintes de cancer.	12	5	42%
9.5	Responsabiliser l'entreprise dans toutes ses composantes sur l'objectif de maintien dans l'emploi ou la réinsertion professionnelle.	8	5	63%
9.6	Progresser dans la coordination territoriale des différents acteurs qui interviennent pour le maintien dans l'emploi ou son accès.	12	5	42%
9.7	Valoriser le travail réalisé sur le maintien dans l'emploi pour le faire connaître et le développer.	9	4	44%
9.9	Atténuer les surcoûts pour la famille liés à l'accompagnement d'un enfant malade.	4	3	75%
9.10	Permettre un égal accès aux actes et dispositifs de reconstruction après un cancer.	6	3	50%
9.11	Accroître la prise en charge des prothèses externes (capillaires et mammaires).	6	4	67%
9.14	Harmoniser les questionnaires de santé et veiller à leur articulation avec les évolutions du droit à l'oubli.	2	0	0%
11.2	Aider les personnes à l'arrêt de la consommation excessive d'alcool.	4	3	75%
11.3	Améliorer les connaissances sur les liens entre alcool et cancer.	5	4	80%
11.4	Expérimenter et conduire des actions de prévention de la consommation excessive d'alcool.	4	3	75%
11.5	Faciliter les choix alimentaires favorables à la santé.	15	8	53%
11.7	Faciliter pour tous et à tout âge la pratique de l'activité physique au quotidien.	15	10	67%
11.9	Sensibiliser les professionnels de santé à l'intérêt pour leurs patients infectés par le VHB ou le VHC de contrôler leur consommation d'alcool, de tabac et leur poids afin de réduire le risque de cancer du foie.	3	0	0%
11.10	Développer le dépistage des personnes exposées au risque d'hépatite B et C pour favoriser l'accès à la prise en charge.	9	7	78%
12.2	Renforcer le suivi médical des personnes exposées à des risques de cancers professionnels.	4	3	75%
12.3	Améliorer l'identification des cancers d'origine professionnelle pour permettre leur reconnaissance en maladie professionnelle.	10	4	40%
12.4	Soutenir la surveillance épidémiologique et la recherche pour améliorer les connaissances sur les cancers professionnels.	10	2	20%
12.5	Développer l'observation et la surveillance et améliorer la connaissance concernant les cancers liés aux expositions environnementales en population générale.	20	13	65%
12.7	Diminuer l'exposition de la population aux rayonnements ionisants à visée diagnostique.	11	4	36%
15.2	Renforcer l'évaluation de l'accès et du recours au dépistage organisé des cancers.	6	1	17%

N°	Nom de l'action	Nombre de jalons		
		Total	Terminés	
15.3	Faire du dossier communicant de cancérologie un outil d'observation et d'évaluation des soins au niveau local, régional et national.	7	3	43%
16.5	Structurer l'organisation territoriale de proximité autour de l'objectif de continuité et de globalité des parcours de prise en charge.	11	6	55%
17.3	Mener plus globalement dans le cadre du Comité de réforme de la tarification hospitalière une réflexion dédiée à l'accompagnement des innovations dans le champ de la cancérologie.	15	13	87%
17.7	Apporter des solutions aux établissements de santé de soins de suite et de réadaptation, aux unités de soins de longue durée, aux maisons de retraite et aux maisons d'accueil spécialisées, concernant le financement des molécules onéreuses.	3	0	0%

### 13 actions mises en œuvre dans le cadre d'autres actions

N°	Nom de l'action
1.8	Encourager la mise en place d'organisations territoriales, de coopération entre les différents acteurs et d'approches de dépistage réduisant les inégalités d'accès : cette action sera mise en œuvre dans le cadre des actions 16.4 et 16.5.
2.18	Intégrer dans les travaux du CORETAH une réflexion sur les conditions d'administration des médicaments anticancéreux pour les patients âgés en EHPAD afin d'assurer la continuité des traitements du cancer : cette action sera mise en œuvre dans le cadre des actions 17.5 et 17.7.
3.10	Identifier et mener les évolutions nécessaires du dispositif réglementaire et tarifaire pour soutenir le développement de la radiologie interventionnelle : cette action sera mise en œuvre dans le cadre de l'action 3.8.
3.13	Expérimenter la mise en place de forfaits pour les traitements de radiothérapie prenant en compte le nombre de séances, mais aussi d'autres critères pour inciter les établissements à investir dans des techniques innovantes telles que l'hypofractionnement au bénéfice des patients : cette action sera mise en œuvre dans le cadre de l'action 3.12.
11.13	Améliorer la connaissance des perceptions et des comportements vis-à-vis des facteurs de risque de cancers : cette action sera mise en œuvre dans le cadre de l'action 9.17.
17.1	Identifier et mener les évolutions nécessaires du dispositif réglementaire et tarifaire pour soutenir le développement de la radiologie interventionnelle : cette action sera mise en œuvre dans le cadre des actions 3.10 et 3.8.
17.2	Expérimenter la mise en place de forfaits pour les traitements de radiothérapie pour inciter les établissements à investir dans des techniques innovantes telles que l'hypofractionnement au bénéfice des patients : cette action sera mise en œuvre dans le cadre de l'action 3.12.
17.4	Redéfinir les critères d'évaluation et de jugement du caractère innovant et de la valeur ajoutée d'une molécule permettant d'accélérer l'accès des patients aux réelles innovations : cette action sera mise en œuvre dans le cadre de l'action 5.7.
17.5	Engager, dans le cadre du Comité de réforme de la tarification hospitalière et dans le cadre des travaux sur les nouveaux modes de rémunération dans le cadre conventionnel, une réflexion sur une évolution des modes de financement apte à garantir un parcours fluide et sûr (notamment entre ville et hôpital) et une prise en charge globale (intégrant les soins de support) dans le champ du cancer : cette action sera mise en œuvre dans le cadre de l'action 17.3.
17.8	Accélérer en lien avec les travaux issus du contrat de filière des industries de santé le processus de tarification des actes et traitements innovants validés en pratique clinique afin de permettre le redéploiement des financements d'initiation de l'INCa et de la DGOS vers des actes et dispositifs émergents : cette action sera mise en œuvre dans le cadre des actions 5.11 et 5.12.
17.9	Favoriser grâce au suivi de la qualité des pratiques cliniques, à des critères d'agrément exigeants et aux recommandations de bonne pratique la pertinence des actes et la focalisation des moyens sur les prises en charge conformes aux standards : cette action sera mise en œuvre dans le cadre des actions 1.10, 2.4, 2.6 et 2.7.
17.10	Contribuer, grâce aux campagnes d'information sur les dépistages organisés des cancers, à la réduction des actes de dépistage inopportuns par leur nature ou leur fréquence : cette action sera mise en œuvre dans le cadre de l'action 1.10.
17.11	Maintenir le principe d'appels à projets libres et compétitifs comme principale modalité de sélection des projets de recherche sur le cancer : cette action sera mise en œuvre dans le cadre de l'action 13.1.

## I. GUÉRIR PLUS DE PERSONNES MALADES

### O 1 : FAVORISER DES DIAGNOSTICS PLUS PRÉCOCES

Indicateur	Valeur	Date	Rappel cible	
<p>Taux de couverture du dépistage organisé ou spontané du cancer du sein des femmes de 50-74 ans</p> <p>Source : Échantillon généraliste des bénéficiaires (SNIIR-AM). Traitement : Santé publique France.</p>	Taux de couverture période 2013-2014			
	55,8 %	31/12/16	75 %	31/12/18
	Taux de couverture période 2015-2016			
	56,04 %	31/12/16	75 %	31/12/18
<p>Taux de couverture du dépistage par frottis cervico-utérin des femmes âgées de 25 à 65 ans dans les 3 dernières années</p> <p>Source : Données de l'échantillon généraliste des bénéficiaires (SNIIR-AM). Traitement : Santé publique France.</p>	52,98 %	31/12/16	80 %	31/12/18
<p>Taux de Couverture vaccinale contre le HPV pour 1 dose et pour 2 doses chez les femmes de 19 ans révolus</p> <p>Source : Données de l'échantillon généraliste des bénéficiaires (SNIIR-AM). Traitement : Santé publique France.</p>	1 dose			
	40,54 %	31/12/16	60 %	31/12/18
	3 doses correspondant à vaccination complète (jeunes filles non encore concernées par le changement de schéma vaccinal en 2014)			
	26,82 %	31/12/16	60 %	31/12/18
<p>Taux de Couverture vaccinale contre le HPV pour 1 dose et pour 2 doses chez les jeunes filles de 15 ans révolus</p> <p>Source : Données de l'échantillon généraliste des bénéficiaires (SNIIR-AM). Traitement : Santé publique France.</p>	1 dose chez les jeunes filles de 14 ans révolus. L'âge de 14 ans révolus nous semble plus pertinent, les jeunes filles devant avoir initié la vaccination HPV avant 15 ans en France.			
	24,42 %	31/12/16	60 %	31/12/18
	2 doses correspondant à vaccination complète			
	19,06 %	31/12/16	60 %	31/12/18

Indicateur	Valeur	Date	Rappel cible	
Taux de participation au dépistage organisé du cancer colorectal des personnes de 50-74 ans Source : Bases de données des structures de gestion des dépistages organisés de cancers, niveau départemental. Traitement : Santé publique France.	29,43 %	31/12/16	65 %	31/12/18

Le taux de participation 2015-2016 est standardisé sur la population française 2009. Il concerne les tests au gâïac (début de l'année 2015) et les tests immunologiques (à partir du 14 avril 2015). Il doit être interprété en tenant compte la période effective d'invitation ( 17 mois en moyenne par département) et de l'invitation tardivement des personnes (personnes n'ayant pas eu l'opportunité de se faire dépister à fin 2016).

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

N°	Libellé	Responsable de l'action	Jalons terminés	État calculé de l'action
1.1	Permettre à chaque femme de 25 à 65 ans l'accès à un dépistage régulier du cancer du col utérin via un programme national de dépistage organisé.	DGS	7 sur 12 (58%)	Retard (moins de 3 mois)
	Responsables associés : INCa; UNCAM	Partenaires : ARS		
	<b>Jalon</b>	<b>Fin prévue le</b>	<b>État du Jalon</b>	
	Présentation du calendrier de mise en œuvre de la généralisation du dépistage du CCU au comité stratégique des dépistages des cancers par la DGS	01/06/14	Terminé	
	Lancement de l'étude médico-économique sur la généralisation du dépistage du cancer du col de l'utérus par l'INCa	01/10/14	Terminé	
	Remise du rapport d'analyse économique sur la généralisation du dépistage du cancer du col de l'utérus (INCa)	01/03/15	Terminé	
	Note de proposition d'options stratégiques au cabinet (DGS)	31/12/15	Terminé	
	Préfiguration du dépistage organisé : instruction aux ARS	15/06/16	Terminé	
	Présentation de la stratégie de généralisation du dépistage du cancer du col de l'utérus au comité stratégique des dépistages des cancers	30/06/16	Terminé	
	Présentation de l'arrêté portant généralisation du dépistage du CCU au comité stratégique des dépistages des cancers par la DGS pour avis	31/03/17	Terminé	
	Campagne d'information des professionnels de santé (préparation à la généralisation du dépistage du cancer du col de l'utérus)	31/10/17	Non débuté - Retard (moins de 3 mois)	
	Publication de l'arrêté portant généralisation du dépistage du cancer du col de l'utérus au Journal Officiel	31/10/17	Non débuté - Retard (moins de 3 mois)	
	Concernant la déclinaison dans les contrats locaux de santé, l'état d'avancement de cette action est associé à la mise en œuvre de l'action 1.7 pilotée par l'INCa. La déclinaison plus spécifique du DO CCU interviendra dans un second temps après la phase de généralisation nationale. Le cahier des charges de l'arrêté a été présenté dans ses grandes lignes par l'INCa au Comité stratégique des dépistages des cancers le 17 octobre 2017. En préalable à la publication de l'arrêté, des arbitrages du Cabinet sont attendus. Cette publication va donc être reportée au 1er trimestre 2018. La campagne d'information des professionnels enregistre le même décalage temporel pour la même raison.			

N°	Libellé	Responsable de l'action	Jalons terminés	État calculé de l'action
1.2	Améliorer le taux de couverture de la vaccination par le vaccin anti-papillomavirus en renforçant la mobilisation des médecins traitants et en diversifiant les accès, notamment avec gratuité, pour les jeunes filles concernées.	DGS	4 sur 8 (50%)	Planning respecté
	Responsables associés : INCa; UNCAM	Partenaires : ITMO santé publique; Santé publique France; ARS		
	<p>Les Centres gratuits d'information, de dépistage et de diagnostic (CeGIDD) des infections par les virus de l'immunodéficience humaine, des hépatites virales et des infections sexuellement transmissibles se mettent en place depuis le 1er janvier 2016. Un élargissement des centres pouvant vacciner a été introduit par la LMSS du 26/01/16. Une note d'information aux ARS a été adressée par le DGS le 19 septembre, relative à l'habilitation des structures réalisant des vaccinations gratuites en application des articles L. 3111-11 et L. 3112-3 du code de la santé publique.</p> <p>Dans le cadre de la semaine de la vaccination d'avril 2017, l'INCa a diffusé une infographie visant à rappeler aux familles l'intérêt de la vaccination contre les HPV pour se protéger du cancer du col de l'utérus. Les médecins généralistes, sages-femmes et gynécologues ont été destinataires d'un e-mailing leur adressant un questions/réponses pour faciliter le dialogue avec les familles dans le cadre de la prescription des vaccins HPV.</p> <p>Le jalon relatif aux études en SHS et épidémiologie descriptive sur l'acceptabilité de la vaccination en milieu scolaire a commencé le 28 avril 2015. Le volet prévention de l'appel à projet de recherche lancé en janvier 2017 par l'IRESP a comporté un axe dédié à des études en SHS sur la vaccination HPV. Un état des lieux sur les politiques d'amélioration de la vaccination anti-HPV est en cours.</p> <p>Les jalons relatifs à la passation d'un marché public pour lancer des études en SHS et la remise du rapport ne sont plus d'actualité. Une proposition de nouveaux jalons est en cours d'étude avec l'IRESP.</p>			

N°	Libellé	Responsable de l'action	Jalons terminés	État calculé de l'action
1.3	Assurer aux femmes chez lesquelles une anomalie a été détectée (cancer du col de l'utérus) une prise en charge adaptée.	INCa	2 sur 4 (50%)	Retard (moins de 3 mois)
	Responsables associés : UNCAM	Partenaires : ARS		
	<b>Jalon</b>	<b>Fin prévue le</b>	<b>État du Jalon</b>	
	Cadrage et lancement du projet	30/06/14	Terminé	
	Publication et diffusion des recommandations	31/03/16	Terminé	
	Mise à disposition d'une évaluation des pratiques de prise en charge des femmes ayant un frottis cervico-utérin anormal	31/12/17	Non débuté - Retard (moins de 3 mois)	
	Les recommandations professionnelles portant sur la conduite à tenir devant une femme ayant un frottis cervico-utérin anormal sont en cours d'élaboration selon le planning. Après publication de la note de cadrage et constitution du groupe d'experts, l'analyse de la littérature a été réalisée et le groupe de travail s'est déjà réuni à plusieurs reprises.			

N°	Libellé	Responsable de l'action	Jalons terminés	État calculé de l'action
1.4	Mettre en place une évaluation de la stratégie de lutte contre le cancer du col de l'utérus pour guider et réajuster les dispositifs.	INCa	3 sur 9 (33%)	Retard (de 3 à 9 mois)
	Responsables associés : DGOM; Santé publique France	Partenaires : ARS		
	<b>Jalon</b>	<b>Fin prévue le</b>	<b>État du Jalon</b>	
	Analyse de la pratique en matière de dépistage par frottis (T0) (enquête et SNIIRAM)	30/06/15	Terminé	
	Analyse des pratiques et de l'accès effectif au dépistage CCU des personnes vulnérables (T0) (enquête ad hoc)	30/06/16	Terminé	
	Rapport de l'étude médico-économique (phase 2) sur la généralisation du dépistage du cancer du col de l'utérus	31/12/16	Terminé	
	Analyse des pratiques et de l'accès effectif au dépistage CCU des personnes vulnérables (T1) (enquête ad hoc)	30/06/17	En cours - Retard (de 3 à 9 mois)	
	Analyse de la pratique en matière de dépistage par frottis (T1) (enquête et SNIIRAM)	31/12/17	Non débuté - Retard (moins de 3 mois)	

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

N°	Libellé	Responsable de l'action	Jalons terminés	État calculé de l'action
1.5	Proposer, par le médecin traitant, à chaque personne la modalité de dépistage et de suivi adaptée à son niveau de risque de cancer du sein ou de cancer colorectal, en intégrant les personnes à risque aggravé dans les programmes de dépistages, avec l'appui des structures de gestion et de l'Assurance maladie.	INCa	3 sur 8 (38%)	Retard (plus de 9 mois)
Responsables associés : DGS; HAS; UNCAM		Partenaires : ARS		
<b>Jalon</b>			<b>Fin prévue le</b>	<b>État du Jalon</b>
Mise à jour des recommandations sur le dépistage des femmes à risque très élevé (BRCA1-BRCA2)			30/06/15	Terminé
Lancement d'un AAP en vue d'expérimentations de procédures d'invitation au dépistage du cancer du sein selon le niveau de risque			30/06/16	Terminé
Analyse des pratiques, de l'accès et de la participation à un suivi des personnes à risque élevé/très élevé de cancer du sein (Enquête adhoc-T0)			31/12/16	En cours - Retard (plus de 9 mois)
Recommandation sur le dépistage du cancer colorectal selon le niveau de risque			30/06/17	Terminé
Formation des médecins généralistes sur les pratiques de dépistage des cancers selon le niveau de risque			31/12/17	En cours - Retard (moins de 3 mois)
<p>Les recommandations sur le dépistage des femmes à risque très élevé (BRCA1-BRCA2) ont été mises à jour, la publication est en attente d'un avis sollicité auprès de l'ANSM (caractère hors AMM d'utilisation de l'hormonothérapie). Quant aux recommandations sur le cancer colorectal, la HAS a publié un document sur la conduite à tenir en fonction du niveau de risque en mai 2017.</p> <p>Concernant les systèmes d'information des dépistages, les travaux menés en 2016 ont permis de réaliser, en lien avec les dispositifs d'oncogénétique, un état des lieux des logiciels métiers disponibles, un recensement des besoins et la description de trois schémas potentiels. Une phase de concertation sur le scénario cible avait été engagée au dernier trimestre 2016. Début 2017, l'évolution du contexte réglementaire (SNDS, décret NIR ) la construction du composant national du DCC doivent être prises en compte dans le projet. L'évolution des exigences SI ont été inscrites dans les instructions publiées par la DGS sur le sujet de l'évolution des structures de gestion.</p> <p>Un appel à projets a été lancé en 2016 sur le sujet de la prise en compte du dépistage des niveaux de risque. Quatre projets ont été retenus, ils concernent le dépistage du cancer colorectal. L'un d'entre eux concerne la formation des médecins généralistes à l'approche centrée patient (et sur leur niveau de risque). Les projets provenant de l'appel à projets précédent sont en cours et devraient faire produire leurs premiers résultats en 2017 et 2018.</p> <p>A la suite à un premier appel d'offres pour la réalisation d'une étude médico-économique du dépistage du cancer colorectal, classé infructueux, la procédure a été relancée et un candidat a été retenu en juin 2016. Cette étude médico-économique doit permettre d'explorer les stratégies possibles de dépistage (uni ou multimodale) en fonction du risque relatif de cancer colorectal à échéance du second semestre 2018.</p> <p>L'ensemble de ces éléments permettront d'élaborer une stratégie de dépistage/suivi en fonction du niveau de risque et de lancer les enquêtes de pratique ad-hoc.</p>				

N°	Libellé	Responsable de l'action	Jalons terminés	État calculé de l'action
1.6	Accroître l'efficacité des programmes de dépistage organisé du cancer du sein et du cancer colorectal.	INCa	6 sur 9 (67%)	Retard (plus de 9 mois)
Responsables associés : HAS; UNCAM		Partenaires : Santé publique France; ARS		
<b>Jalon</b>			<b>Fin prévue le</b>	<b>État du Jalon</b>
Enquête sur la performance des mammographies dans le programme de dépistage organisé du cancer du sein (INCa)			31/12/14	Terminé
Utilisation du test immunologique dans le programme de dépistage organisé du cancer colorectal			15/03/15	Terminé
Lancement des sites pilotes de dématérialisation des mammographies (seconde lecture, mammobile) (INCa)			01/07/15	Terminé

Jalon	Fin prévue le	État du Jalon
Concertation citoyenne sur l'évolution du dépistage du cancer du sein (DGS, INCa)	31/03/16	Terminé
Modélisation de l'impact du nouveau programme DO CCR et de l'utilisation des tests immunologiques (INCa)	31/03/16	En cours - Retard (plus de 9 mois)
Lancement de la démarche de contrôle assurance qualité	30/09/16	Terminé
Enquête sur la performance des mammographies dans le programme de dépistage organisé du cancer du sein (INCa)	31/12/16	Terminé
<p>A la suite à l'appel à projets portant sur des expérimentations et sur l'évaluation de la dématérialisation des flux d'information associés à la mammographie numérique lancé par l'INCa au 1er trimestre 2016, deux projets ont été retenus. Une nouvelle vague d'appel à projets a été lancée au 4ème trimestre 2016 pour compléter la sélection des projets.</p> <p>A la suite à un premier appel d'offres pour la réalisation d'une étude médico-économique classé infructueux, la procédure a été relancée et un candidat a été retenu en juin 2016. La modélisation de l'impact du dépistage du cancer colorectal sera réalisée dans le cadre de l'étude médico-économique qui a été lancée, ce qui permettra de prendre en compte les résultats du nouveau programme intégrant le test immunologique (lancé en avril 2015). Les résultats de cette phase de modélisation sont en cours de validation et seront disponibles fin 2017/début 2018.</p> <p>Le rapport du comité d'orientation de la concertation citoyenne et scientifique sur le dépistage du cancer du sein a été remis à la Ministre des affaires sociales et de la santé en septembre 2016. A la demande de la Ministre, ce rapport sera suivi de l'établissement d'une feuille de route permettant le profond renouveau du dispositif de dépistage du cancer du sein (dont l'amélioration de la qualité et du service rendu). Le rapport sur l'analyse éthique du programme de dépistage du cancer du côlon et du rectum a été publié en mai 2016. De nouveaux travaux d'assurance qualité sont également engagés dans le cadre des comités techniques et de prospective des programmes de dépistage et dans le cadre travaux de l'évolution des structures de gestion du dépistage.</p> <p>Le dernier volet de l'enquête sur la performance des installations de mammographie (2015) a été mené. Une nouvelle enquête de ce type à vocation barométrique sera menée en 2017.</p> <p>Un appel à projets portant sur des expérimentations et sur l'évaluation de la dématérialisation des flux d'information associés à la mammographie numérique a été lancé par l'INCa début 2016 pour une sélection des projets en fin de premier semestre.</p> <p>A la suite d'un premier appel d'offres pour la réalisation d'une étude médico-économique classé infructueux, la procédure a été relancée et un candidat a été retenu en juin 2016.</p> <p>La concertation citoyenne a été menée. Le rapport du comité d'orientation sera remis début juillet 2016.</p> <p>Le dernier volet de l'enquête sur la performance des installations de mammographie (2015) a été menée en temps en heure et sera publié au troisième trimestre 2016.</p> <p>La vague 2017 de l'enquête sur la performance des installations de mammographie a été lancée en juin 2017. Les résultats sont en cours de validation et seront publiés au 1er trimestre 2018.</p> <p>Un nouvel appel à projets portant sur des expérimentations et sur l'évaluation de la dématérialisation des flux d'information associés à la mammographie numérique a été lancé par l'INCa fin 2016 pour une sélection des projets en juin 2017. Quatre projets ont été retenus in fine sur les deux phases d'appels à candidatures et sont lancés et font désormais l'objet d'un suivi. Les évaluations sont prévues en 2018 (intermédiaire) et 2019.</p>		

N°	Libellé	Responsable de l'action	Jalons terminés	État calculé de l'action
1.7	Lutter contre les inégalités d'accès et de recours aux programmes de dépistage.	INCa	11 sur 18 (61%)	Retard (plus de 9 mois)
Responsables associés : DGS; DSS; UNCAM		Partenaires : ARS; DGOM		
<b>Jalon</b>			<b>Fin prévue le</b>	<b>État du Jalon</b>
Publication des préconisations en matière de géocodage (INCa)			31/10/14	Terminé
Colloque recherche interventionnelle (INCa)			30/11/14	Terminé
Lancement AAP dépistage ciblé lutte contre les inégalités (information, modalité d'organisation, interventions, équipes mobiles...) (INCa)			30/06/15	Terminé
Déclinaison dans les contrats locaux de santé, signés par les ARS, de l'objectif de lutte contre les inégalités d'accès et de recours au dépistage			31/12/15	Terminé
Lancement AAP recherche interventionnelle sur les actions de luttés contre les inégalités (INCa)			31/12/15	Terminé
Mise en oeuvre du contrat responsable par les assurances complémentaires en application de la stratégie nationale de santé (UNOCAM)			31/12/15	Terminé

Jalon	Fin prévue le	État du Jalon
Résultats d'enquête sur l'accès au dépistage des cancers des populations vulnérables (handicap) (INCa)	30/06/16	Terminé
Valorisation de la session SFSP sur les actions de luttres contre les inégalités face au dépistage des cancers	30/06/16	Terminé
Généralisation de la prise en charge à 100 % des actes en lien avec le dépistage (UNCAM)	31/12/16	En cours - Retard (plus de 9 mois)
Intégration des missions de lutte contre les inégalités adans le CDC des programmes de dépistage organisé des cancers (DGS)	31/12/16	Terminé
Enquête sur l'accès au dépistage des cancers des populations vulnérables (institutions, lieux de privation de liberté) (INCa)	30/06/17	Terminé
Lancement AAP dépistage ciblé lutte contre les inégalités (information, modalité d'organisation, interventions, équipes mobiles...) (INCa)	30/06/17	Terminé
Colloque "Avancées de la recherche interventionnelle en France" (titre indicatif) (INCa)	31/12/17	Non débuté - Retard (moins de 3 mois)
Déploiement du géocodage dans le cadre du système d'information	31/12/17	Non débuté - Retard (moins de 3 mois)
<p>Dans la logique des travaux sur le dépistage organisé du cancer du col de l'utérus, visant à prendre en compte les inégalités d'accès et de recours au dépistage dans la définition même des programmes, l'évaluation médico-économique du dépistage organisé du cancer colorectal intégrera une réflexion sur les actions destinées aux populations vulnérables.</p> <p>Suite à la concertation citoyenne sur le dépistage organisé du cancer du sein, la ministre en charge de la santé, Mme Touraine, a annoncé la prise en charge de l'échographie au tarif opposable et la prise en charge à 100 % d'une consultation dédiée à 25 ans par l'assurance maladie. En outre, les frais liés au dépistage spécifique du cancer du sein chez les femmes à risque élevé sont pris en charge à 100 % par l'assurance maladie (Décret n° 2016-1185 du 30 août 2016)</p> <p>La généralisation de la prise en charge à 100% des actes en lien avec le dépistage du cancer du col de l'utérus et de l'échographie post-mammographie est en cours d'arbitrage.</p> <p>La généralisation de la prise en charge à 100% des actes en lien avec le dépistage du cancer du col de l'utérus et de l'échographie post-mammographie est en cours d'arbitrage.</p> <p>L'AAP dépistage intègre les projets visant à soutenir des actions de réduction des inégalités. Un AAP spécifique de soutien aux interventions auprès des personnes en situation de handicap a été validé dans son principe pour une mise en oeuvre en 2018.</p>		

N°	Libellé	Responsable de l'action	Jalons terminés	État calculé de l'action
1.8	Encourager la mise en place d'organisations territoriales, de coopération entre les différents acteurs et d'approches de dépistage réduisant les inégalités d'accès : cette action sera mise en œuvre dans le cadre des actions 16.4 et 16.5.	INCa		Mise en œuvre dans le cadre des actions 16.4 et 16.5.
	Responsables associés :	Partenaires :		

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

N°	Libellé	Responsable de l'action	Jalons terminés	État calculé de l'action
1.9	Améliorer l'information des populations concernées par les dépistages pour leur permettre de faire des choix éclairés.	INCa	10 sur 13 (77%)	Retard (moins de 3 mois)
	Responsables associés : DGS; UNCAM	Partenaires : ARS; DGOM		
	<b>Jalon</b>	<b>Fin prévue le</b>	<b>État du Jalon</b>	
	Dispositif d'information 2014 sur le DOCS ciblé, adapté et traduit pour toucher les femmes plus éloignées du système de santé	30/11/14	Terminé	
	Campagne professionnel de santé et grand public accompagnant le passage au test immunologique (1ere vague 2015)	15/04/15	Terminé	
	Campagne professionnel de santé et grand public accompagnant le passage au test immunologique (2eme vague 2015)	30/11/15	Terminé	
	Dispositif d'information renforcé sur les dépistages des cancers auprès des professionnels de santé	01/01/16	Terminé	

Jalon	Fin prévue le	État du Jalon
Campagne 2016 de rappel sur le DOCCR + ciblage des non-participants	31/03/16	Terminé
Kit d'information complet et individualisé sur les dépistages (type "calendrier de dépistage")	30/06/16	Terminé
Poursuite d'une information sur le DOCS complète sur la balance bénéfiques/risques et les évolutions	31/10/16	Terminé
Actions d'information, d'accompagnement ou de marketing local ciblées vers les populations défavorisées et évaluation	31/12/16	Terminé
Dispositif d'information DOCCR 2017 de rappel à l'esprit et de fidélisation	31/03/17	Terminé
Dispositif d'information 2015-2017 sur le DOCS et autres modalités de dépistage en tenant compte de la concertation citoyenne	31/12/17	Terminé
Mutualisation des "best practices" d'information locale ciblée	31/12/17	En cours - Retard (moins de 3 mois)

L'information sur les dépistages a connu plusieurs évolutions importantes cette année.

Sur le dépistage du cancer du col de l'utérus, il a été choisi de concentrer et cibler les messages et leurs diffusion vers les populations y ayant le moins recours, en lien avec une étude médico-économique de 2015. Le dispositif a donc ciblé : les femmes de plus de 45 ans en radio, ainsi que les femmes en ALD et celles des départements où la participation est la plus faible via des actions de sensibilisation des associations et de la presse locale.

Afin d'accompagner la montée en puissance du test immunologique lancé en 2015, une campagne massive a été diffusée au mois de mars 2016. La campagne diffusée est la même que celle de 2015, dont le post test avait indiqué une très bonne mémorisation et une valeur incitative forte. En complément et afin de soutenir la participation en fin d'année, une campagne presse et web a été diffusée en novembre.

Le premier semestre a également été marqué par la mise à disposition d'outils pratiques sur l'ensemble des dépistages sous format web et sous format "print" de type mémo. Cette approche transversale des dépistages permet à chacun de connaître les dépistages qui lui sont recommandés selon son âge et son sexe. Les professionnels disposent également d'un outil récapitulatif sur l'ensemble des dépistages.

L'INCa, en lien avec l'Assurance maladie et le CMG, a également élaboré des documents d'information permettant d'éclairer la décision individuelle de recourir au dépistage du cancer de la prostate, non recommandé ; ces documents ont été diffusés notamment via les médecins conseil de l'Assurance Maladie.

Sur le dépistage du cancer du sein, l'INCa a piloté pendant 9 mois une concertation citoyenne et scientifique, destinée à améliorer ce dispositif. Le rapport final a été remis à la Ministre de la santé en octobre, qui a ensuite confié à l'INCa et à la Direction générale de la santé (DGS) le soin d'élaborer un plan d'action cohérent. L'information équilibrée et complète des femmes s'est poursuivie, mais devra encore évoluer en 2017 pour tenir compte des recommandations issues de la concertation.

Enfin, l'INCa a poursuivi le recours à des actions web très ciblées et géolocalisées afin de toucher très directement les personnes concernées par les dépistages, notamment celles y ayant peu recours : campagnes d'emails, de bannières et de sms. Les partenariats de diffusion avec les associations ont permis de mieux diffuser les outils accessibles à tous, dans des formats illustrés et traduits afin de toucher les populations d'origine étrangère ou moins à l'aise avec l'écrit. Une évaluation de l'ensemble de ces actions sera réalisée au premier trimestre 2017.

N°	Libellé	Responsable de l'action	Jalons terminés	État calculé de l'action
1.10	Veiller à la pertinence des pratiques en matière de dépistage individuel ; encadrer et limiter les pratiques dont l'efficacité n'est pas avérée voire délétère.	INCa	5 sur 8 (63%)	Retard (plus de 9 mois)
Responsables associés : DSS; UNCAM		Partenaires :		
<b>Jalon</b>			<b>Fin prévue le</b>	<b>État du Jalon</b>
Publication des rapports sur le dépistage et la prise en charge du cancer de la prostate (INCa)			31/12/14	Terminé
Diffusion d'outils d'information sur le dépistage du cancer de la prostate (professionnels et grand public) (INCa)			31/12/15	Terminé
Evaluation et analyse des pratiques en matière de dépistage (frottis/mammographie/PSA) (enquêtes / SNIIRAM) T0			31/12/15	Terminé

Jalon	Fin prévue le	État du Jalon
Recommandations sur l'extension du DO cancer du sein à d'autres tranches d'âge (HAS)	31/12/15	En cours - Retard (plus de 9 mois)
Etudier la possibilité d'une prise en charge différenciée par l'AM en cas de pratiques dont l'efficacité n'est pas démontrée (AM)	31/12/16	Terminé
Lancement de l'enquête sur l'impact d'une prise en charge différenciée par l'AM et sur la disposition à payer (mammographie, frottis, PSA) (INCa)	31/12/16	Terminé
Evaluation et analyse des pratiques en matière de dépistage (frottis/ mammographie/PSA) (enquêtes / SNIIRAM) T1 (INCa)	31/12/17	En cours - Retard (moins de 3 mois)
<p>Plutôt que de s'engager dans une démarche de remboursement différenciée pour les pratiques d'efficacité insuffisamment démontrée (notamment le dosage du PSA pour le dépistage du cancer de la prostate), le choix a été fait de tenter une approche de sensibilisation aux bonnes pratiques et d'information des médecins et personnes concernées.</p> <p>Des outils d'information à destination des hommes et des médecins ont été élaborés et mis à disposition en mars 2016 par l'Assurance maladie, l'INCa et le Collège de Médecine générale, en complément du rapport sur le dépistage et la prise en charge du cancer de la prostate. La Cnamts a publié en mars et en novembre 2016 les résultats d'une étude sur les bases de l'Assurance Maladie et portant sur la pratique du dosage de PSA. Des visites confraternelles et un suivi des pratiques ont été mises en place par l'Assurance Maladie. Cette étude sera reconduite de sorte à assurer le suivi des pratiques en la matière.</p> <p>Une étude de révélation des "préférences" des femmes vis-à-vis du dépistage du cancer du sein et une étude sur les "préférences" des médecins généralistes relative à différentes mesures incitatives ont été soutenues par l'INCa. Les premiers résultats ont été communiqués au second semestre 2016.</p> <p>Recommandations sur l'extension du DO cancer du sein à d'autres tranches d'âge (HAS) (inscrit également dans le cadre des actions proposées en déclinaison du plan d'actions pour la rénovation du dépistage du cancer du sein). Le sujet est toujours en cours, d'autres thèmes de recommandations et d'évaluation plus prioritaires, concernant des innovations, ayant été retenus (évaluation de la tomosynthèse pour le dépistage du cancer du sein, évaluation du test HPV pour le dépistage du cancer du col de l'utérus, par exemple).</p>		

### Sous objectif : Identifier de nouvelles opportunités de diagnostics précoces

N°	Libellé	Responsable de l'action	Jalons terminés	État calculé de l'action
1.11	Développer et accompagner le transfert des innovations technologiques et organisationnelles en matière de dépistage des cancers.	INCa	5 sur 12 (42%)	Retard (plus de 9 mois)
Responsables associés : HAS		Partenaires : ARS		
<b>Jalon</b>			<b>Fin prévue le</b>	<b>État du Jalon</b>
Note de positionnement sur l'utilisation de la tomosynthèse en dépistage organisé (INCa)			30/06/14	Terminé
Protocole européen de contrôle qualité tomosynthèse (EUREF)			30/06/15	Terminé
Appel à projets dépistage cancer du poumon dans Priorité Tabac			31/12/15	Terminé
Protocole contrôle qualité tomosynthèse (ANSM)			30/06/16	En cours - Retard (plus de 9 mois)
Recommandation sur l'utilisation du scanner dans le dépistage du cancer du poumon (HAS)			30/06/16	Terminé
Evaluation de l'expérimentation élargie sur la télédermatologie en vue de l'intégration des équipes de premiers recours (INCa)			31/12/16	Non débuté - Retard (plus de 9 mois)
Saisine de la HAS et de l'ANSM sur la tomosynthèse			31/03/17	Terminé
Evaluation de l'acte de tomosynthèse (HAS)			30/06/17	En cours - Retard (de 3 à 9 mois)
Lancement d'une expérimentation sur l'utilisation des tests sanguins dans le dépistage organisé du cancer colorectal (INCa)			31/12/17	Non débuté - Retard (moins de 3 mois)
modification du cahier des charges pour l'intégration de la tomosynthèse dans le dépistage organisé du cancer du sein (DGS)			31/12/17	En cours - Retard (moins de 3 mois)

La HAS a conclu négativement sur l'intérêt de mettre en œuvre un dépistage organisé du cancer du poumon par scanner spiralé. Le projet de développer des expérimentations a été suspendu mais des projets portant sur le dépistage du cancer du poumon ont été déposés dans le cadre du PNRT.

Concernant la tomosynthèse, le sujet fait l'objet d'une veille par l'INCa. L'ANSM s'est saisie en 2016 du sujet sur le contrôle qualité des appareils de tomosynthèse; il est prévu qu'il soit finalisé à la fin du 1er semestre 2018. Les données disponibles jusqu'à présent ne permettaient pas de finaliser un cahier des charges pour des expérimentations. La HAS a été saisie par l'INca sur ce sujet en mars 2017 et a initié le cadrage à l'automne 2017.

Concernant le dépistage du cancer du poumon par scanner spiralé à faible dose, des projets ont été déposés dans le cadre du PNRT. L'avis de la HAS sur l'opportunité ou non de mettre en œuvre un dépistage organisé sur le sujet est en cours de finalisation. L'avis de la HAS sur l'opportunité ou non de mettre en œuvre un dépistage organisé sur le sujet est terminé et mis en ligne depuis mai 2016 (ce point avait déjà été corrigé lors de la dernière actualisation des fiches navettes).

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

Indicateur	Valeur	Date	Rappel cible	
<p>Délai moyen d'obtention d'un rendez-vous pour une IRM dans le cadre d'un bilan d'extension</p> <p>Source : Centres identifiés dans la base du Fichier national des établissements sanitaires et sociaux (FINESS) comme disposant d'un équipement IRM une année donnée</p>	Cancer de la Prostate			
	26 jours	01/12/15	20 jours	31/12/18
	Cancer de l'Utérus			
	28 jours	01/12/15	20 jours	31/12/18
	Cancer du Sein			
	25 jours	01/12/15	20 jours	31/12/18
<p>Proportion de patients adultes présentés dans une réunion de concertation pluridisciplinaire de recours « sarcomes » au moment du diagnostic</p> <p>Source : Numérateur : Bases de données nationales des réseaux nationaux cliniques pour sarcomes de l'adulte (NETSARC et RESOS) Dénominateur : Base de données nationale du réseau national anatomopathologique pour sarcomes de l'adulte (RRePS)</p>	62,01 %	31/12/16	100 %	31/12/18
<p>Proportion de patients ayant un dossier communiquant de cancérologie</p> <p>Source : Numérateur : À terme, issu du DCC et de ses collecteurs Dénominateur : PMSI : ATIH</p>	79,3 %	31/12/16	100 %	31/12/18
<p>Proportion de patients enregistrés dans le cadre d'une réunion de concertation pluridisciplinaire</p> <p>Source : Numérateur : Enquête du dossier communicant de cancérologie (INCa). Dénominateur : PMSI (MCO et fichiers FichComp et RSFA) et SNIIR-AM</p>	85,1 %	31/12/16	100 %	31/12/18

### Sous objectif : Réduire les délais entraînant des pertes de chance

N°	Libellé	Responsable de l'action	Jalons terminés	État calculé de l'action
2.1	Garantir aux patients, avec l'appui du médecin généraliste ou de l'équipe de premier recours, un premier rendez-vous avec l'équipe de cancérologie la plus adaptée à leur situation et dans un délai rapide.	INCa	1 sur 5 (20%)	Planning respecté
	Responsables associés : DGOS	Partenaires : ARS; DGOM		
	Le nouveau référentiel de missions des RRC prend en compte le besoin de rendre lisible l'offre de prise en charge en cancérologie afin de faciliter l'orientation des patients dès la suspicion de diagnostic.			

N°	Libellé	Responsable de l'action	Jalons terminés	État calculé de l'action
2.2	Développer une politique active de maîtrise des délais de prise en charge.	DGOS	7 sur 13 (54%)	Retard (plus de 9 mois)
	Responsables associés : HAS; INCa	Partenaires : HAS; ARS; DGOM		
	<b>Jalon</b>		<b>Fin prévue le</b>	<b>État du Jalon</b>
	1ère Réunion de cadrage DGOS-HAS-INCa sur la production d'indicateurs de qualité et de sécurité des soins en cancérologie (IQSS) cf. action 2.4		11/07/14	Terminé

Jalon	Fin prévue le	État du Jalon
Participation de l'INCa au COPIL des indicateurs de qualité et sécurité des soins dans les établissements de santé coordonné par la HAS et la DGOS	17/10/14	Terminé
Faire évoluer l'indicateur RCP : proposition de développer un thème d'indicateurs de spécialité (cancer du sein ou de l'ovaire)	07/05/15	Terminé
Réunion pour définir les modalités de travail HAS-INCa sur les indicateurs de qualité et de sécurité des soins (IQSS)	07/05/15	Terminé
Proposer un indicateur sur la prise en charge de l'ovaire	23/06/15	Terminé
1/Etat des lieux par l'INCa des recommandations spécifiques à la prise en charge du cancer de l'ovaire et d'autres cancers	31/12/15	Terminé
Repérer les pathologies, les délais et autres indicateurs en s'appuyant sur les recommandations de bonnes pratiques cliniques et organisationnelles	31/12/16	En cours - Retard (plus de 9 mois)
Evaluer la faisabilité de la mesure de ces délais et autres indicateurs, qui peuvent concerner à la fois la ville et l'hôpital	30/06/17	Non débuté - Retard (de 3 à 9 mois)
Développer et tester les indicateurs priorités en lien avec ces recommandations. Proposer de développer et tester un indicateur de délai de prise en charge	31/12/17	Non débuté - Retard (moins de 3 mois)
<p>L'INCa a engagé un travail concernant l'organisation de la prise en charge des cancers complexes dont le cancer de l'ovaire. Les modalités d'organisation seront proposées afin d'intégrer le dispositif des autorisations du traitement du cancer (travaux préparatoires en cours).</p> <p>Les indicateurs développés dans le cadre de cette action ne portent pas sur le cancer de l'ovaire mais sur d'autres pathologies. Il s'agit des cancers du sein et du colon-rectum. Ces pathologies ont été repérées à l'aide d'une analyse des recommandations de bonnes pratiques cliniques et organisationnelles pour les quatre pathologies cancéreuses les plus fréquentes (sein, poumon, prostate, colon).</p> <p>L'INCa a mis en place (de octobre 2017 à janvier 2018) des groupes de travail pour identifier les indicateurs les plus pertinents à développer en lien avec les traitements des cancers du sein et du colon-rectum dont des indicateurs de délais. Parallèlement, une évaluation de la faisabilité des indicateurs ainsi identifiés sera effectuée notamment en s'appuyant sur les bases médico-administratives (PMSI) pour un objectif de mise à disposition des indicateurs (identifiés, testés et in fine retenus) pour le recueil des résultats en octobre 2018.</p> <p>Le projet d'évolution des missions des RRC, qui a donné lieu à des propositions de l'INCa en octobre 2016, intègre l'objectif de développer en région, avec l'appui méthodologique des RRC, le suivi des délais de prise en charge. Le projet d'évolution des RRC est actuellement soumis à la validation du cabinet de la ministre de la santé.</p>		

N°	Libellé	Responsable de l'action	Jalons terminés	État calculé de l'action
2.3	Réduire les inégalités territoriales et harmoniser les délais d'accès à l'IRM et à la TEP.	DGOS	6 sur 11 (55%)	Retard (plus de 9 mois)
	Responsables associés : HAS; INCa	Partenaires : ARS		
	<b>Jalon</b>		<b>Fin prévue le</b>	<b>État du Jalon</b>
	Identification des axes d'amélioration de la pertinence des actes en imagerie (groupe national DGOS/HAS/CNAMTS/ASN)		30/03/15	Terminé
	Etat des lieux de l'offre de TEP (DGOS)		30/06/15	Terminé
	Etude de faisabilité pour intégrer les délais aux indicateurs qualité des établissements autorisés au traitement (HAS) et identification des prérequis		30/06/15	En cours - Retard (plus de 9 mois)
	Construction du plan d'action sur la pertinence des actes en imagerie		31/12/15	Terminé
	Délégation d'une aide financière à l'acquisition d'équipements IRM pour ajuster le maillage territorial (DGOS)		31/12/15	Terminé
	Première évaluation d'impact du plan d'actions sur la pertinence des actes en imagerie		30/03/16	Non débuté - Retard (plus de 9 mois)
	Définition des objectifs stratégiques associés au suivi des délais de RV IRM		31/03/16	Terminé
	Identifier les priorités de structuration de l'offre d'imagerie médicale pour élaborer un projet médical de territoire; décliner en actions (ARS)		31/03/16	Terminé
	Examen des évolutions à apporter au régime d'autorisation des équipements d'imagerie (cf. action 2.6)		30/06/16	En cours - Retard (plus de 9 mois)

Jalon	Fin prévue le	État du Jalon
Mise en œuvre du plan d'action sur la pertinence des actes en imagerie	31/12/16	En cours - Retard (plus de 9 mois)
Mise en œuvre des évolutions à apporter au régime d'autorisation des équipements d'imagerie (cf. action 2.6)	30/06/17	En cours - Retard (de 3 à 9 mois)
<p>La politique conduite par la DGOS et les ARS a permis de renforcer les équipements IRM et l'optimisation de leur fonctionnement.</p> <p>Trois types d'actions institutionnelles d'appui ont été menées:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- La mise à disposition des ARS fin 2016 d'outils de comparaison de la consommation d'examens IRM et scanner par famille d'examens (taux de recours) et l'appui à leur mobilisation dans les diagnostics territoriaux notamment pour l'élaboration des schémas régionaux de santé.</li> <li>- La mise en place sur la période 2016-2018 d'un programme national d'analyse des pratiques de demande et réalisation des examens d'imagerie (diagnostic, élaboration de plan d'actions d'amélioration, suivi)</li> <li>- La formalisation sur la période 2017-2018 d'un projet de dématérialisation et suivi des demandes d'examens d'imagerie et de leurs résultats, comme levier d'action commun pour améliorer la pertinence des examens d'imagerie médicale. Ces actions doivent concourir à améliorer la radioprotection des patients et l'accessibilité des patients aux examens d'imagerie pertinents.</li> </ul> <p>Concernant le suivi des délais de rendez-vous, la redéfinition des objectifs stratégiques associés est en cours. L'objectif est d'articuler la construction d'indicateurs nationaux avec ceux des observatoires régionaux de délai d'accès aux examens d'imagerie déjà en place. Le projet de suivi des demandes des examens et de leurs résultats apparaît également comme un levier très utile à cet égard.</p> <p>Il conviendra également de mettre à disposition des recommandations de délais cibles pour les indications pour lesquelles un délai d'accès plus long constituerait une perte de chance pour les patients.</p> <p>Elaboration d'une note de cadrage relative à un projet d'accord cadre 2017-2019 entre l'INCa et la société française de radiologie (SFR). L'étude sur les délais de rendez-vous en cancérologie est mentionnée pour faire partie du programme d'actions communes (PAC) 2017-2018 de cet accord cadre. A mettre à jour par INCa</p>		

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

N°	Libellé	Responsable de l'action	Jalons terminés	État calculé de l'action
2.4	Garantir une amélioration de la qualité et sécurité des prises en charge en mobilisant les dispositifs de certification, d'accréditation et en assurant une diffusion publique des indicateurs de qualité.	DGOS	6 sur 7 (86%)	Retard (plus de 9 mois)
Responsables associés : DGS; HAS; INCa		Partenaires :		
<b>Jalon</b>			<b>Fin prévue le</b>	<b>État du Jalon</b>
Première réunion de cadrage DGOS-HAS-INCa sur la production d'indicateurs de qualité et de sécurité des soins en cancérologie (IQSS) -cf. action 2.2			11/07/14	Terminé
Participation d'un représentant de l'INCa au copil IQSS dans les établissements de santé pour proposer les IQSS à généraliser/diffuser (cf.action 2.2)			17/10/14	Terminé
Evolution de l'indicateur "délai d'envoi du courrier en fin d'hospitalisation" : expérimentation d'intégration d'informations type PPS et PPAC			30/06/15	Terminé
Evolution de l'indicateur RCP : travaux HAS-INCa-DGOS (premier semestre 2015) et premier recueil de l'indicateur (premier semestre 2016)			30/06/16	Terminé
Indicateur "qualité du document de sortie d'hospitalisation" : recueil de l'indicateur			30/06/16	Terminé
Adaptation de l'indicateur de satisfaction des patients I-SATIS à la spécificité de la prise en charge du cancer : étude de faisabilité			31/12/16	Non débuté - Retard (plus de 9 mois)
Indicateur "qualité du document de sortie d'hospitalisation" : restitution à chaque établissement			31/12/16	Terminé

L'Indicateur "qualité du document de sortie d'hospitalisation" (premier renforcement des exigences de l'indicateur « Délai d'envoi du courrier de fin d'hospitalisation » (DEC), avec un délai d'envoi ramené à zéro jour, contre huit jours auparavant) est devenu "Qualité de la lettre de liaison à la sortie (QLS) pour être en adéquation avec l'article 95 de la LMSS relatif aux lettres de liaison. Expérimenté en 2015 auprès de 64 ES MCO volontaires, l'indicateur QLS a été recueilli auprès de tous les ES MCO, sans diffusion publique des résultats, en 2016. Une nouvelle campagne de recueil est prévue en 2018 et les résultats de l'indicateur QLS seront mis à la disposition du public (sur la base du recueil des données 2017). L'indicateur reprend les éléments définis par la réglementation (cf. décret du 20 juillet 2016) et il n'y a aucune spécificité pour la cancérologie, le jalon est caduque.

La mesure de la satisfaction des patients hospitalisés s'enrichit d'un nouvel indicateur : e-Satis chirurgie ambulatoire (en plus d'e-Satis +48h MCO). Ses résultats seront mis à la disposition du public pour la première fois fin 2018. Les indicateurs de satisfaction des patients sont recueillis au niveau établissement. Le développement d'un indicateur e-Satis spécifique à la cancérologie n'a pas été envisagé par la HAS. La HAS s'oriente vers des Patient Reported Outcomes Measures (PROMs) en cancérologie, il reste à définir s'ils seront développés sur le thème cancérologie ou sur une localisation. Les travaux doivent débuter début 2018.

N°	Libellé	Responsable de l'action	Jalons terminés	État calculé de l'action
2.5	Réviser et faire évoluer les critères d'agrément à la prise en charge du cancer par l'INCa avec l'appui de groupes d'experts, pour améliorer notamment l'orientation des situations complexes.	INCa	1 sur 3 (33%)	Retard (moins de 3 mois)
	Responsables associés : DGOS	Partenaires : ARS		
	<b>Jalon</b>		<b>Fin prévue le</b>	<b>État du Jalon</b>
	Calage du périmètre de travail préparatoire de l'INCa en adéquation avec les actions 2.4 et 2.6 pilotées par la DGOS. Ajustements avec la loi de santé		31/12/14	Terminé
	Travaux en GT en lien avec la DGOS pour proposer les éléments concourant à une prise en charge de qualité identifiés dans la phase d'étude précédente		31/12/17	En cours - Retard (moins de 3 mois)
	La prestation d'analyse, préalable aux travaux des groupes d'experts en 2016-2017, qui consistait en la réalisation d'un benchmark international sur l'évolution de l'encadrement de la qualité des soins en cancérologie (impact des dispositifs existants: critères et seuils et mise en perspective) a été abandonnée, le marché ayant été déclaré infructueux.			
	Toutefois, une analyse comparative dans 6 pays (Hollande, Allemagne, Belgique, Grande Bretagne, Etats Unis et Canada) a été réalisée en interne. Le but était de regarder les grandes tendances en cancérologie.			
	Par ailleurs, à l'issu des travaux menés avec les professionnels une analyse de ces résultats est actuellement en cours. Plusieurs réunions sont prévues afin d'affiner et/ou compléter les différents éléments remontés et plusieurs réunions sont prévues au premier trimestre 2018.			
	Par ailleurs, l'INCa mène une réflexion sur la politique des seuils qui prendra en compte les localisations, la complexité des certains traitements et la gradation de soins.			

N°	Libellé	Responsable de l'action	Jalons terminés	État calculé de l'action
2.6	Faire évoluer le périmètre des autorisations de traitement du cancer prenant en compte les changements dans les techniques de prises en charge et l'accès à l'innovation.	DGOS	9 sur 16 (56%)	Retard (plus de 9 mois)
	Responsables associés : INCa	Partenaires : ARS; DGOM		
	<b>Jalon</b>		<b>Fin prévue le</b>	<b>État du Jalon</b>
	Lancement d'un groupe de travail transversal aux activités de soins sur la simplification du régime juridique encadrant le régime d'autorisation par les ARS		01/01/15	Terminé
	Lancement et travaux de groupes de travail ad hoc du COPIL CORETAH CANCER sur le recensement des freins et leviers à l'accompagnement de la chimiothérapie orale, du virage ambulatoire en cancérologie et des soins de support		01/04/15	Terminé
	Lancement par la DGOS d'un groupe de travail transversal sur la radiologie interventionnelle intégrant notamment le champ de la cancérologie		01/04/15	Terminé
	Orientations DGOS aux ARS sur l'encadrement juridique actuel et envisagé du traitement du cancer par protonthérapie		01/10/15	Terminé
	Détermination des points relevant d'une évolution du dispositif d'autorisation versus des critères d'agrément et de la certification		31/12/15	En cours - Retard (plus de 9 mois)

Jalon	Fin prévue le	État du Jalon
Identification des besoins d'évolution de la réglementation au regard des cibles attendues en termes de prises en charge en cancérologie	31/12/15	En cours - Retard (plus de 9 mois)
Mobilisation de recommandations de bonnes pratiques INCa	31/12/15	En cours - Retard (plus de 9 mois)
Mobilisation de recommandations HAS (radiothérapie de haute précision, radiologie interventionnelle, plateaux techniques, etc)	31/12/15	En cours - Retard (plus de 9 mois)
Mobilisation des conclusions du Copil cancer du CORETAH	31/12/15	Terminé
Mobilisation d'expertises des sociétés savantes (ex : techniques de radiothérapie de haute précision)	31/12/15	Terminé
Inscription dans la loi modernisation de notre système de santé du 26/01/2016 de dispositions (article 204) permettant au gouvernement de procéder par ordonnance pour réformer le régime juridique encadrant les activités de soins soumises à autorisation	01/01/16	Terminé
Instruction DGOS/INCa du 26 mai 2016 relative à un état des lieux sur l'offre de soins de traitement du cancer en cancérologie pédiatrique et l'organisation des acteurs impliqués	01/06/16	Terminé
Expertise INCa, sur les seuils d'activité minimale ainsi que sur l'offre de soins de recours en cancérologie	31/12/16	En cours - Retard (plus de 9 mois)
Ordonnance en application de la loi de Santé pour modifier le régime juridique encadrant les autorisations	31/12/16	En cours - Retard (plus de 9 mois)
Saisine (29/04/2016) par la DGOS des conseillers des affaires sociales des ambassades pour une comparaison internationale des régimes d'organisation des soins	30/06/17	Terminé

L'adoption retardée de la Loi de modernisation de notre système de santé décale le calendrier de travail sur les évolutions du régime d'autorisation en oncologie.

Une pierre essentielle de la réflexion sur l'évolution du régime d'autorisation des activités de cancérologie a été posée avec l'inscription dans la loi de modernisation de notre système de santé du 26 janvier 2016, de dispositions (article 204) permettant au gouvernement de procéder par voie d'ordonnance pour moderniser et simplifier le dispositif juridique encadrant les activités de soins soumises à autorisation.

Dans les suites de cette ordonnance, les travaux d'évolution des décrets encadrant les conditions d'implantation et conditions techniques de fonctionnement de l'activité de soins de traitement du cancer débuteront au premier semestre 2018. Ces travaux s'intégreront dans une structuration en mode projet piloté par la DGOS comprenant outre un groupe technique d'élaboration des textes, un comité de concertation transversal aux différentes activités de soins soumises à autorisation et composés des principaux partenaires et acteurs impliqués dans l'organisation de l'offre en cancérologie.

Ces travaux impliquent une forte dimension d'expertises qui se concrétise fin 2017 par une saisine officielle de l'INCa par la ministre de la santé en vue de travaux autour d'une réflexion sur les déterminants transversaux de la qualité et la sécurité des soins pour l'activité de traitement du cancer soumise à autorisation, et pour chacune des modalités de traitements du cancer, ainsi que d'expertises sur la gradation des soins, les seuils d'activité minimale, et la place et rôle des différents acteurs de l'offre de soins et articulation des actions du titulaire de l'autorisation avec celles de ses partenaires notamment de ville autour du parcours de soins du patients atteints d'un cancer.

Le groupe technique des travaux d'évolution des décrets encadrant l'activité de traitement du cancer prendront également les avancées suivantes réalisées depuis 2014 :

- Les travaux DGOS de l'ex-COPIIL CORETAH CANCER ayant abouti en 2015 au lancement et à l'analyse de trois enquêtes DGOS auprès des membres du COPIIL sur les besoins d'évolution en chimiothérapie orale, en soins de support et autour du virage ambulatoire en cancérologie, en termes d'organisation et de financement : Etat des lieux /REX et recensement des freins et de propositions de leviers ;
- Les travaux techniques DGOS/INCa, engagés en 2014 sur les conditions de prise en charge de l'enfant, et poursuivis en 2015, notamment en lien avec les sociétés savantes concernées (SFCE ; SFROP; SFAR). En vue d'associer pleinement les Agences régionales de santé à ces travaux, diffusion de l'instruction DGOS/INCa de mai 2016 relative à un état des lieux sur l'offre de soins de traitement du cancer en cancérologie pédiatrie et l'organisation des acteurs impliqués. L'analyse nationale des remontées ARS est en cours de finalisation en 2017 par la DGOS, en lien avec l'INCa et les ARS, et qui sera poursuivi début 2018 avec les sociétés savantes et les OIR. Ces éléments d'état des lieux permettront à la DGOS et l'INCa d'établir en 2018 un plan d'action sur le champ de l'oncopédiatrie et d'alimenter la réflexion sur le futur régime d'autorisation en cancérologie qui intégrera l'oncologie pédiatrique.
- Les travaux d'expertises menés en 2016 et 2017 par l'INCa d'analyse et de propositions d'évolutions des critères d'agrément qui pourront être intégrés au futur régime d'autorisation (action 2.5).
- La DGOS a lancé en mai 2015 un groupe de travail sur la radiologie interventionnelle. Ce groupe a un abord transversal et concerner en partie le traitement du cancer.
- Des travaux d'expertise INCa sollicités par la DGOS sur la chimiothérapie orale, les soins de support et la protonthérapie ont été remis à la DGOS en juillet 2016 et sont publiés sur le site internet de l'INCa. Les travaux préalables INCa transmis sur la protonthérapie en juillet 2015 en ont d'ores et déjà permis au ministère de la Santé de définir, en 2015, une stratégie d'évolution à venir du cadre juridique de la régulation de l'offre de traitement du cancer par protonthérapie (élévation de l'EML cyclotron à utilisation médicale au niveau des schémas interrégionaux de soins).
- Les recommandations du groupe experts permanent de l'ASN (GPMED) sur ""les conditions de mise en œuvre des nouvelles techniques et pratiques de radiothérapie"" publiés en mars 2015, et auxquelles la DGOS était invitée, sont expertisées par le ministère de la santé, en lien avec l'INCa, l'ASN et l'ANSM pour déterminer une stratégie globale d'encadrement de la radiothérapie de haute technicité intégrant la problématique des conditions d'implémentation de la technique dans les équipes en amont des prises en charge des patients et l'enjeu des audits cliniques externes.
- Les publications de la HAS sur la ""RCMI pour le cancer de l'utérus et pour le canal anal"" (2015), sur la « radiothérapie per-opératoire (2016). En 2016, la DGOS a inscrit dans le programme de travail 2017 de la HAS, des travaux recentrés sur l'évaluation médico-économique de la protonthérapie (à partir des travaux INCa) ainsi que des travaux sur les seuils appliqués à l'activité de soins de chirurgie qui pourront alimenter la réflexion sur l'activité de traitement du cancer par chirurgie.
- Les travaux INCa de benchmark international et d'expertise lancés en 2016 sur les organisations intéressantes retenues en termes d'autorisation de l'activité de traitement du cancer, et sur les enjeux des seuils d'activité minimale.
- Publication en octobre 2016 des recommandations de pratiques SFRO ""RECORAD"" sur les indications, les doses et les techniques de radiothérapie par localisation de tumeurs (actualisation du guide SFRO de 2007).
- La finalisation, en 2017, de travaux DGOS, en lien avec l'INCa, d'analyse et de grille de lecture de la réglementation en vigueur encadrant l'activité de traitement du cancer.

N°	Libellé	Responsable de l'action	Jalons terminés	État calculé de l'action
2.7	Définir et diffuser auprès des professionnels de santé et du public les pratiques cliniques de référence.	INCa	5 sur 8 (63%)	Retard (plus de 9 mois)
	Responsables associés :	Partenaires :		
		<b>Jalon</b>	<b>Fin prévue le</b>	<b>État du Jalon</b>
		Publication et diffusion du référentiel pilote pour les cancers du poumon	30/06/15	Terminé
		Date de publication au bulletin officiel du référentiel pour les cancers du poumon	31/12/15	Terminé

Jalon	Fin prévue le	État du Jalon
Lancement du premier appel à candidature de labellisation	30/06/16	Terminé
Publication, diffusion et implémentation de référentiels nationaux couvrant 50% des cas incidents de cancers	31/12/16	En cours - Retard (plus de 9 mois)
Sélection des premiers projets dans le cadre de la labellisation	30/06/17	Terminé
Publication des résultats de l'évaluation des pratiques au regard des référentiels disponibles	31/12/17	Terminé

Le projet pilote de Référentiel national de RCP concernant la prise en charge des cancers bronchiques non à petites cellules et à petites cellules, a été mené à son terme en 2014. Ce premier référentiel national a été piloté par les régions Rhône-Alpes et Auvergne représentées par le Réseau Espace Santé Cancer Rhône-Alpes et les régions Grand Est, représentées par Oncolie et Oncolor, en collaboration avec l'INCa. Il a fait l'objet d'une première diffusion auprès des réseaux régionaux de cancérologie en décembre 2014. Il a également été publié sur le site de l'INCa, sous un format pdf interactif, en mars 2015.

A la suite de ce projet pilote, une réflexion a été lancée, d'une part pour tirer les enseignements et proposer des amendements à la démarche méthodologique mise en œuvre, et d'autre part pour choisir les localisations tumorales qui ont fait l'objet de référentiels nationaux en 2015. Elle a abouti à l'élaboration d'une procédure de labellisation des référentiels nationaux et recommandations de bonne pratique, validée par le conseil d'administration de l'INCa en octobre 2015 et en 2016.

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

N°	Libellé	Responsable de l'action	Jalons terminés	État calculé de l'action
2.8	S'assurer qu'un patient nécessitant une prise en charge complexe soit adressé vers une équipe ayant les compétences et la capacité technique adaptées.	INCa	3 sur 4 (75%)	Planning respecté
Responsables associés : DGOS		Partenaires : ARS		
<p>L'analyse du PMSI pour les 6 cancers rares listés dans le Plan cancer 3 permet de dresser un état des lieux de la prise en charge notamment chirurgicale de ces cancers "complexes".</p> <p>Trois réunions ont eu lieu avec des experts pour commenter ces résultats et proposer des pistes pour garantir une prise en charge équitable à tous les patients. Ces propositions, une fois validées en interne, puis par la DGOS, feront l'objet de nouvelles concertations plus larges avec les professionnels de santé, les ARS, les fédérations hospitalières, les représentants d'usagers... avant de conduire éventuellement à une évolution du dispositif d'encadrement réglementaire.</p> <p>Mai 2016: Un référentiel de prise en charge des cancers complexes est en cours.</p> <p>Octobre 2017: les propositions faites par les professionnels de santé concernant la mise en place d'une éventuelle gradation des soins pour certains traitements des cancers complexes et d'une éventuelle modification des seuils minimaux par spécialité, voire par organe dans certains cancers, sont intégrées dans les propositions d'évolution du dispositif d'autorisation qui figureront dans un rapport INCa destiné à la DGOS.</p>				

N°	Libellé	Responsable de l'action	Jalons terminés	État calculé de l'action
2.9	Définir dans chaque discipline de prise en charge ce qui relève d'un équipement de « centre de proximité » et ce qui relève d'une structure de « recours » intégrant des techniques hautement spécialisées.	INCa	2 sur 5 (40%)	Retard (plus de 9 mois)
Responsables associés : DGOS		Partenaires : SOCIETES SAVANTES		
Jalon			Fin prévue le	État du Jalon
Etat des lieux offre de soins très spécialisée			31/12/15	Terminé
Cartographier l'offre de soins pour les techniques hautement spécialisées: destruction percutanée-cancers primitifs du foie, traitements endoscopiques			31/12/16	En cours - Retard (plus de 9 mois)
Rapport INCa sur la protonthérapie			31/12/16	Terminé
Validation propositions gradation offre de soins			31/12/16	En cours - Retard (plus de 9 mois)
L'action n'a pas débuté, car le repérage des actes complexes est difficile, ces actes ne bénéficiant pas de codes propres. La protonthérapie a fait l'objet d'une saisine et d'un état des lieux récent. Il est prévu de décaler cette action après l'identification des cancers nécessitant une prise en charge complexe, proposant à l'horizon décembre 2017 que la concertation avec les sociétés savantes concernées (chirurgie, radiothérapie, imagerie) soit finalisée et que la gradation de l'offre de soins pour ces techniques hautement spécialisées soit intégrée à l'horizon 2018 dans le dispositif d'autorisation.				

N°	Libellé	Responsable de l'action	Jalons terminés	État calculé de l'action
2.10	Garantir à chaque malade que la proposition thérapeutique qui lui est faite a pu s'appuyer sur l'avis d'une RCP spécialisée lorsque la situation ou la complexité de sa prise en charge le justifient.	INCa	3 sur 5 (60%)	Planning respecté
Responsables associés : DGOS		Partenaires : ARS		
<p>Le Dossier communicant de cancérologie (DCC) est un outil numérique permettant la transmission des informations relatives à la prise en charge des personnes atteintes de cancer, quel que soit leur lieu de traitement. C'est ainsi un outil au service de la coordination des professionnels et de l'optimisation du parcours de soins des patients. Le DCC s'inscrit dans la mise en place progressive d'un système de partage et d'échange de données médicales entre tous les acteurs de santé.</p> <p>Au-delà du partage et de l'échange, le DCC met à disposition des services spécifiques afin d'aider les professionnels dans leurs pratiques courantes (par exemple, annuaire et gestion des réunions de concertation pluridisciplinaires - RCP). Ces services contribuent à l'amélioration de la qualité des soins et permettent aux équipes de soins de gagner en efficacité, et ceci au bénéfice du patient.</p> <p>Début 2016, à la suite de travaux conduits avec les principaux acteurs du domaine de la cancérologie, le contenu métier de la fiche RCP a été publié. L'objectif est de formaliser les informations minimales requises à la décision pluridisciplinaire de prise en charge d'un patient atteint de cancer. C'est un document permettant également la traçabilité de l'organisation du parcours de prise en charge en cancérologie. Les modalités d'organisation de la RCP sont rappelées dans le Code de la santé publique.</p> <p>Octobre 2017 (JM Bréchet): l'action 2.10 du plan cancer 2014-2019 vise à garantir à chaque patient que la proposition thérapeutique qui lui est faite s'appuie sur une RCP d'un niveau pertinent quant à la situation ou la complexité de son cas. Après recensement des différentes RCP existantes et avis des professionnels de santé, l'INCa s'engage dans la rédaction d'un référentiel organisationnel, visant à mieux définir une RCP et la distinguer d'un staff, mieux cadrer son organisation, définir ce qu'est une RCP de recours. parallèlement à cette clarification, des propositions d'harmonisation des financements des RCP seront faites à la DGOS.</p>				

N°	Libellé	Responsable de l'action	Jalons terminés	État calculé de l'action
2.11	Renforcer les conditions de la réalisation des allogreffes et des autogreffes de cellules souches hématopoïétiques et évaluer le dispositif au regard des besoins territoriaux et de la qualité.	ABM	8 sur 23 (35%)	Retard (plus de 9 mois)
Responsables associés : DGOS; INCa		Partenaires :		
<b>Jalon</b>			<b>Fin prévue le</b>	<b>État du Jalon</b>
Evaluation de l'organisation territoriale et de l'organisation interne des services d'allogreffes de CSH			31/12/14	Terminé
Activation d'un groupe de travail de professionnels experts dans les domaines considérés et analyse des données existantes			30/06/15	Terminé
Projet de financement, développement et pérennisation d'ateliers d'harmonisation des pratiques des médecins allogreffeurs de CSH organisé par la SFGM			30/06/15	Terminé
60% d'unités d'allogreffe de CSH accréditées JACIE			31/12/15	Terminé
Développement du RFSP à raison de 2000 USP /an, USP adaptées aux besoins des patients adultes en terme de richesse cellulaire			31/12/15	Terminé
Evaluation des besoins nationaux au travers de la réalisation d'un enquête auprès de chaque unité d'allogreffe de CSH			31/12/15	Terminé
Evaluation de l'organisation territoriale et de l'organisation interne des services d'autogreffes de CSH au travers d'une enquête nationale			30/06/16	Non débuté - Retard (plus de 9 mois)
Renforcement des équipes de greffe de CSH			30/06/16	Non débuté - Retard (plus de 9 mois)
Rendu de l'enquête : proposition d'un système d'organisation territorial et de suivi d'activité des centres d'allogreffes et d'autogreffe			30/12/16	En cours - Retard (plus de 9 mois)
70% d'unités d'allogreffe de CSH accréditées JACIE			31/12/16	Terminé
Développement du RFSP à raison de 2000 USP /an, USP adaptées aux besoins des patients adultes en termes de richesse cellulaire			31/12/16	Terminé
66% des unités cliniques d'autogreffes accréditées JACIE			30/06/17	En cours - Retard (de 3 à 9 mois)

Jalon	Fin prévue le	État du Jalon
Evaluation de l'efficacité du dispositif en place	30/06/17	Non débuté - Retard (de 3 à 9 mois)
80% d'unités d'allogreffe de CSH accréditées JACIE	31/12/17	En cours - Retard (moins de 3 mois)
Développement du RFSP à raison de 2000 USP /an, USP adaptées aux besoins des patients adultes en terme de richesse cellulaire	31/12/17	En cours - Retard (moins de 3 mois)
Suivi de la mise en place du schéma d'organisation des centres d'autogreffes	31/12/17	Non débuté - Retard (moins de 3 mois)
<p>L'évaluation de l'organisation territoriale et de l'organisation interne des services d'allogreffe de CSH a été transmise à la DGOS en vue d'une diffusion aux différentes ARS.</p> <p>Révision à la baisse du nombre de nouvelles unités de sang placentaire stockées chaque année (1000 au lieu des 2000 initialement prévues) du fait de la baisse observée des cessions d'USP en lien avec le développement des greffes haplo-identiques: recentrage sur le banking d'USP très riches en cellules nucléées totales = Arbitrage DGS / DGOS. Objectif global sur 5 ans fixé désormais à 8000 USP au lieu des 10 000 initialement attendues.</p>		

N°	Libellé	Responsable de l'action	Jalons terminés	État calculé de l'action
2.12	Faciliter pour chaque patient l'accès à un second avis concernant sa prise en charge et les options thérapeutiques, conformément à la loi du 4 mars 2002.	DGOS	6 sur 7 (86%)	Retard (plus de 9 mois)
	Responsables associés :	Partenaires :		
	<b>Jalon</b>		<b>Fin prévue le</b>	<b>État du Jalon</b>
	Inscription du sujet cancer dans le déploiement des référentiels de description des ressources sanitaires, médico-sociales et sociales (programme ROR)		31/12/15	Terminé
	Prise en compte dans l'évolution du référentiel des RRC de l'enjeu d'améliorer la lisibilité de l'offre en cancérologie		31/12/15	Terminé
	Travaux préparatoires : état des lieux de la problématique du second avis en cancérologie		31/12/15	Terminé
	Elaboration d'une feuille de route de travail DGOS/INCa sur la question du second avis en cancérologie		30/04/16	Terminé
	Recueil d'éléments de comparaison internationale sur le second avis en cancérologie: saisine DGOS du réseau des conseillers des affaires sociales de 6 pays		30/07/16	Terminé
	Analyse par l'INCa de la littérature sur le sujet du second avis		30/09/16	Terminé
	Phase de déclinaison des leviers (suivant l'état des lieux de la problématique)		31/12/16	En cours - Retard (plus de 9 mois)
	<p>La problématique du second avis est très liée à l'amélioration de la lisibilité de l'offre de soins. Celle-ci a donné lieu à plusieurs travaux en 2015:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Poursuite du déploiement des ROR dans les régions, intégrant la thématique cancer,</li> <li>- Intégration, dans le projet de nouveau référentiel de missions des RRC, de l'enjeu d'amélioration de la lisibilité de l'offre de soins en cancérologie.</li> </ul> <p>La DGOS a conduit, en juin 2016, une étude sur les organisations et réflexions en vigueur au niveau international pour répondre aux demandes de second avis en cancérologie. Elle a été conduite auprès de 6 pays: Allemagne, Royaume-Uni, Italie, Espagne, Canada, Etats-Unis. Elle donne de premières indications sur les réponses apportées à ces demandes en termes de remboursement par la collectivité, d'organisation du circuit du patient, de facilitation de cet accès.</p> <p>Des travaux complémentaires de l'INCa (analyse de la littérature) ont complété cette étude. L'ensemble de ces éléments contribuent à l'identification, en cours de travail conjoint DGOS/INCa, de leviers d'amélioration de la réponse à ces situations.</p>			

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

N°	Libellé	Responsable de l'action	Jalons terminés	État calculé de l'action
2.13	Assurer aux adolescents et jeunes adultes une prise en charge tenant compte de leur spécificité et s'attachant au maintien du lien social.	INCa	4 sur 4 (100%)	Achevée
Responsables associés : DGOS		Partenaires : ARS		
<p>Les expérimentations pour les adolescents et jeunes adultes se sont déroulées jusqu'à la fin 2014. Un séminaire de fin de projets a eu lieu en avril 2015.</p> <p>Les 8 équipes projet ont proposé des recommandations dans leur rapport final.</p> <p>Lien établi avec l'association de professionnels GO-AJA qui a remis également une proposition de structuration des soins aux adolescents et jeunes adultes (AJA) en juin 2015.</p> <p>Une instruction DGOS/INCa relative à l'organisation régionale coordonnée en faveur de la prise en charge des adolescents et jeunes adultes atteints de cancer a été adressée aux directeurs généraux des ARS. Conformément aux objectifs du Plan, cette instruction fixe les objectifs à atteindre et les organisations à mettre en œuvre au niveau régional afin d'améliorer la prise en charge des AJA.</p> <p>Par ailleurs, une deuxième instruction DGOS/INCa relative à un état des lieux sur l'offre de soins de traitement du cancer en oncologie pédiatrique et l'organisation des acteurs impliqués est adressée également aux ARS.</p>				

N°	Libellé	Responsable de l'action	Jalons terminés	État calculé de l'action
2.14	Harmoniser l'organisation des dispositifs de double lecture des prélèvements tumoraux entre les différents cancers rares de l'adulte et mettre en place un dispositif de double lecture des tumeurs solides malignes de l'enfant.	INCa	4 sur 6 (67%)	Retard (moins de 3 mois)
Responsables associés : DGOS		Partenaires :		
<b>Jalon</b>			<b>Fin prévue le</b>	<b>État du Jalon</b>
Réunions de concertation avec les pathologistes des 4 réseaux			20/02/14	Terminé
Analyse de l'autoévaluation et suivi de l'activité 2013 de l'organisation K rares			30/01/15	Terminé
Séminaire réseaux K rares - appropriation des perspectives			23/09/15	Terminé
Structuration double lecture K enfant			31/12/16	Terminé
Recommandations pour la double lecture: publication algorithmes			31/12/17	En cours - Retard (moins de 3 mois)
<p>Mai 2016, l'harmonisation de l'organisation spécifique en réseaux nationaux pour cancers rares se poursuit, avec notamment la fusion de certains réseaux, harmonisation du dispositif de double lecture au sein de ces réseaux, et intégration de la double lecture des tumeurs de l'enfant quand elle s'avère nécessaire. Cette harmonisation se poursuit avant la prochaine labellisation par l'INCa en 2018 de ces réseaux cancers rares.</p> <p>Octobre 2017, l'harmonisation de l'organisation spécifique pour cancers rares de l'adulte a permis de regrouper en 12 familles les 26 réseaux nationaux existants. Cette organisation est en adéquation avec l'organisation à l'échelle européenne. Le caractère systématique de la double lecture est remis en question. Les candidats à la nouvelle labellisation des réseaux nationaux pour cancers rares devront faire des propositions sur les indications à retenir de la double lecture, en s'appuyant sur l'analyse des données d'impact de cette double lecture dans les 3 années précédentes. Un réseau Double lecture des tumeurs du blastème sera appelé à se structurer.</p>				

N°	Libellé	Responsable de l'action	Jalons terminés	État calculé de l'action
2.15	Identifier et labelliser des centres de référence au niveau national pour les prises en charge des enfants présentant des tumeurs rares.	INCa	2 sur 4 (50%)	Retard (plus de 9 mois)
Responsables associés : DGOS		Partenaires :		
<b>Jalon</b>			<b>Fin prévue le</b>	<b>État du Jalon</b>
Etat des lieux			31/12/15	Terminé
repérage des cancers très rares de l'enfant			31/12/15	Terminé
Proposition du groupe de travail cancéropédiatrie avec parties prenantes			30/06/16	En cours - Retard (plus de 9 mois)

Jalon	Fin prévue le	État du Jalon
Formalisation d'une organisation	29/12/17	En cours - Retard (moins de 3 mois)
<p>L'état des lieux a permis de décrire les liens existants, pour le recours à l'expertise dans les cancers rares de l'enfant, entre les réseaux nationaux des cancers rares de l'adulte et l'organisation spécifique en cancérologie pédiatrique.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Identification des cancers très rares de l'enfant.</li> <li>- Présentation de l'état des lieux au groupe de travail cancéropédiatrie</li> </ul>		

### Sous objectif : Répondre aux besoins spécifiques des personnes âgées

N°	Libellé	Responsable de l'action	Jalons terminés	État calculé de l'action
2.16	Améliorer la prise en charge des personnes âgées atteintes de cancer et la prise en compte de leurs besoins spécifiques, notamment en s'appuyant sur une recherche clinique renforcée pour cette population.	INCa	3 sur 6 (50%)	Retard (plus de 9 mois)
Responsables associés : DGOS		Partenaires : ITMO cancer		
<b>Jalon</b>			<b>Fin prévue le</b>	<b>État du Jalon</b>
Réunion board oncogériatrie : organisation séminaire recherche clinique			11/04/14	Terminé
Séminaire recherche clinique en oncogériatrie			26/11/14	Terminé
Rapport de suivi des UCOG en 2013			30/01/15	Terminé
Uniformisation dispositif en oncogériatrie			15/12/15	En cours - Retard (plus de 9 mois)
Taux implémentation test screening gériatrique : analyse DCC			31/12/16	Non débuté - Retard (plus de 9 mois)
<p>L'uniformisation du dispositif en oncogériatrie, avec transformation des 4 antennes d'oncogériatrie en unités de coordination en oncogériatrie (UCOG), et redistribution des crédits alloués, n'est pas finalisée, en raison de la réforme territoriale. Il a été demandé à l'INCa d'attendre que la nouvelle organisation des régions se mette en place.</p> <p>Le suivi des UCOG se poursuit, avec un questionnaire en ligne DGOS-INCa qui permet d'évaluer l'activité en 2014 des UCOG dans les missions qui leur ont été confiées ; les résultats de ce suivi ont été publiés sur le portail des données de l'INCa au premier trimestre 2016.</p> <p>Décembre 2016 Le suivi de l'organisation spécifique en oncogériatrie se poursuit, avec publication en ligne sur le portail des Données du cancer de la synthèse de l'activité des UCOG en 2014 et 2015. Une implication plus forte de la communauté des oncologues-cancérologues-hématologues est souhaitée pour la prise en charge tout au long de son parcours du patient âgé atteint de cancer. L'organisation du recours au gériatre en cancérologie gériatrique doit être clarifiée.</p> <p>Octobre 2017 Le déploiement dans toutes les régions des unités de coordination en oncogériatrie offre une plus grande équité de prise en charge du sujet âgé atteint de cancer, avec collaboration oncologues-géiatries appropriée. L'INCa proposera d'intégrer dans le dispositif révisé des autorisations des établissements de santé pour le traitement des cancers d'intégrer dans les critères transversaux d'une part la pratique d'un test de fragilité gériatrique pour tout patient âgé atteint de cancer, d'autre part la formalisation de l'accès sur place ou par convention à un service de gériatrie ou une équipe mobile de gériatrie. le recours au gériatre tout au long du parcours de soins doit être clarifié.</p>				

N°	Libellé	Responsable de l'action	Jalons terminés	État calculé de l'action
2.17	Inclure une formation en gériatrie dans le DES d'oncologie et dans la formation de cancérologie.	DGESIP	4 sur 4 (100%)	Achevée
Responsables associés : INCa		Partenaires :		
<p>Le décret relatif à l'organisation du 3ème cycle des études de médecine et modifiant le code de l'éducation a été publié. Les arrêtés nécessaires ont été publiés et permettent donc une application de la réforme du 3ème cycle de médecine depuis la rentrée universitaire 2017-2018.</p>				

N°	Libellé	Responsable de l'action	Jalons terminés	État calculé de l'action
2.18	Intégrer dans les travaux du CORETAH une réflexion sur les conditions d'administration des médicaments anticancéreux pour les patients âgés en EHPAD afin d'assurer la continuité des traitements du cancer : cette action sera mise en œuvre dans le cadre des actions 17.5 et 17.7.	INCa		Mise en œuvre dans le cadre des actions 17.5 et 17.7.
Responsables associés :		Partenaires :		

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

N°	Libellé	Responsable de l'action	Jalons terminés	État calculé de l'action
2.19	Généraliser le dossier communicant de cancérologie (DCC) et mobiliser les outils de communication numérique au service de la coordination ville-hôpital.	DSSIS	11 sur 19 (58%)	Retard (de 3 à 9 mois)
Responsables associés : INCa; ASIP		Partenaires : HAS; ARS		
Jalon			Fin prévue le	État du Jalon
2.19.1 Définition des indicateurs d'évaluation de la montée en charge du DCC			30/07/14	Terminé
2.19.1 Ouverture de l'annuaire national des RCP (ANRCP)			23/09/14	Terminé
2.19.1 Ouverture de la plateforme de suivi de la montée en charge			30/12/14	Terminé
2.19.3 Action DGOS, circulaire de promotion de l'usage de la messagerie sécurisée en santé (MSS)			30/12/14	Terminé
2.19.1 Amélioration de l'outil ANRCP			30/06/15	Terminé
2.19.1 Travaux de spécification du contenu métier du PPS			30/12/15	Terminé
2.19.3 Action législative de relance du DMP pour les patients atteints de maladies chroniques dont le cancer			30/12/15	Terminé
2.19.1 Spécifications techniques (cadre d'interopérabilité) du PPS			30/06/16	Terminé
2.19.2 Identification des critères "macroscopiques" de bonnes pratiques pour la prise en charge des 5 cancers de plus haute prévalence			30/06/16	Terminé
2.19.1 Adaptation de la plateforme de suivi de la montée en charge			30/12/16	Terminé
2.19.1 Nouveaux indicateurs, recueil 2017			30/12/16	Terminé
2.19.1 Intégration du PPS dans les outils de production			30/06/17	En cours - Retard (de 3 à 9 mois)
2.19.1 Travaux de spécification du contenu métier du PPAC			30/06/17	En cours - Retard (de 3 à 9 mois)
2.19.1 Spécifications techniques (cadre d'interopérabilité) du PPAC			30/12/17	Non débuté - Retard (moins de 3 mois)
Suite à un retard technique à fournir la spécification du contenu métier du PPS, les actions qui en découlent en ont pâti, notamment son intégration dans les outils de production, et les travaux sur le PPAC (spécification du contenu métier, spécifications techniques, et intégration dans les outils métier).				

N°	Libellé	Responsable de l'action	Jalons terminés	État calculé de l'action
2.20	Faire évoluer les programmes personnalisés de soins (PPS) et de l'après-cancer (PPAC), intégrés à terme dans le DCC, vers des outils opérationnels de déclinaison de la prise en charge et d'interface ville-hôpital. (en lien avec l'action 7.3).	INCa	5 sur 8 (63%)	Retard (de 3 à 9 mois)
Responsables associés : DGOS; HAS		Partenaires : ARS		
Jalon			Fin prévue le	État du Jalon

Jalon	Fin prévue le	État du Jalon
Circulaire DGOS de promotion de l'usage de la messagerie sécurisée en santé (MSS) cf. action 2.19.3	30/12/14	Terminé
Séminaire RRC : retours d'expériences des 10 RRC ayant mis en place un PPS informatisé et ateliers pour la mise en œuvre du PPS	30/04/15	Terminé
Traduction technique (formalisation) des contenus métier PPS pour leur intégration au DCC - cf action 2.19.1	30/07/15	Terminé
Spécifications techniques du cadre d'interopérabilité (ASIP-Santé) du PPS - cf. action 2.19.1	30/06/16	Terminé
2.20.3 Contribution des équipes de premier recours au contenu du PPS (évolution du PPS) - cf action 7.3	31/12/16	Terminé
Intégration du PPS dans les outils informatiques des professionnels de santé - cf. action 2.19.1	30/06/17	En cours - Retard (de 3 à 9 mois)
Traduction technique (formalisation) des contenus métier PPAC pour leur intégration au DCC - cf action 2.19.1	30/06/17	Non débuté - Retard (de 3 à 9 mois)
Les équipes de premier recours ont participé aux travaux de définition du périmètre et des modalités d'usage du programme personnalisé de soins. Les spécifications techniques permettant l'interopérabilité du programme personnalisé de soins avec les outils des professionnels de santé dont le médecin traitant sont en cours de finalisation Les travaux relatifs au PPAC ont été décalés fin 2017.		

N°	Libellé	Responsable de l'action	Jalons terminés	État calculé de l'action
2.21	Développer la télémédecine notamment pour les départements d'outre-mer dans le cadre de la Stratégie nationale de santé.	DGOS	3 sur 4 (75%)	Retard (plus de 9 mois)
Responsables associés : DSSIS		Partenaires : HAS; INCa; ARS; DGOM		
Jalon		Fin prévue le	État du Jalon	
Recensement annuel 2014 des projets de télémédecine auprès des ARS		31/12/14	Terminé	
Exploitation du recensement annuel : état des lieux des projets et capitalisation sur les expériences réussies en régions		31/12/15	Non débuté - Retard (plus de 9 mois)	
Recensement annuel 2015 des projets de télémédecine auprès des ARS		31/12/15	Terminé	
Recensement annuel 2016 des projets de télémédecine auprès des ARS		31/12/16	Terminé	
La DGOS a lancé début 2014 et pour une durée de quatre ans des expérimentations au sein de 9 régions pilotes afin d'évaluer les effets d'une tarification des actes de télémédecine en vue de leur généralisation. Les pathologies et spécialités pour lesquelles les expérimentations étaient initialement prévues concernaient la prise en charge des plaies chroniques et complexes, la psychiatrie, la gériatrie, l'insuffisance cardiaque et l'insuffisance rénale. Depuis le 1er janvier 2017 les expérimentations ont été étendues à l'ensemble du territoire français et prorogé d'un an. L'ouverture aux établissements de santé, la rémunération des structures requérantes, et la suppression de la contractualisation avec les ARS ont également été actés Le projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2018 prévoit de confier aux partenaires conventionnels de soins de fixer les tarifs et les modalités de réalisation des actes de téléconsultations et de télé-expertise. Ces négociations pourraient débuter très prochainement et aboutir à la fin du premier trimestre 2018 avec une entrée de la télémédecine dans le droit commun.				

N°	Libellé	Responsable de l'action	Jalons terminés	État calculé de l'action
2.22	Mettre à disposition des professionnels de premier recours des outils de bonnes pratiques pour l'organisation des parcours de soins en ambulatoire.	INCa	4 sur 7 (57%)	Retard (plus de 9 mois)
Responsables associés : HAS		Partenaires : ARS		
Jalon		Fin prévue le	État du Jalon	
Cadrage de la méthode de production des outils		31/12/14	Terminé	
Mise à disposition d'outils pour la prise en charge des patients à destination des médecins généralistes pour 20% des cancers incidents		31/12/15	Terminé	
Mise à disposition d'outils pour la prise des patients à destination des médecins généralistes pour 50% des cancers incidents		31/12/16	En cours - Retard (plus de 9 mois)	

<b>Jalon</b>	<b>Fin prévue le</b>	<b>État du Jalon</b>
Campagne de valorisation des outils auprès des médecins généralistes	30/06/17	Terminé
Evaluation des pratiques et de l'utilisation des outils	31/12/17	Terminé

### O 3 : ACCOMPAGNER LES ÉVOLUTIONS TECHNOLOGIQUES ET THÉRAPEUTIQUES

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

#### Sous objectif : Sécuriser l'utilisation des chimiothérapies orales

N°	Libellé	Responsable de l'action	Jalons terminés	État calculé de l'action
3.1	Définir les bonnes pratiques d'utilisation des chimiothérapies orales pour accompagner les professionnels en ville et à l'hôpital.	INCa	3 sur 7 (43%)	Retard (plus de 9 mois)
	Responsables associés : DGOS	Partenaires : ANSM; HAS; ARS		
	<b>Jalon</b>		<b>Fin prévue le</b>	<b>État du Jalon</b>
	Développement d'une page dédiée sur le site du ministère de la Santé à la mutualisation des travaux et outils élaborés par les Omedit et RRC		20/06/14	Terminé
	Publication de recommandations sur la prévention et la gestion des effets indésirables des anticancéreux oraux (hors cytotoxiques) en hématologie		31/03/15	Terminé
	Publication de recommandations nationales sur la prévention et la gestion des effets indésirables des thérapies ciblées orales		31/12/15	Terminé
	Mise à disposition de fiches synthétiques pour les professionnels de ville sur 50 % des anticancéreux oraux (notamment chimiothérapies cytotoxiques)		30/06/16	En cours - Retard (plus de 9 mois)
	Publication de recommandations nationales sur la prévention et la gestion des effets indésirables des hormonothérapies		30/06/16	En cours - Retard (plus de 9 mois)
	Résultats de l'évaluation du bon usage des thérapies ciblées orales		30/06/17	En cours - Retard (de 3 à 9 mois)
	<p>Environ 40% des fiches médicaments ont été publiées. Le retard observé est lié à une réorganisation des ressources humaines (départs multiples, nouveaux recrutements, formation des nouveaux arrivants). De plus, en raison de saisines urgentes en lien avec des problèmes de sécurité sanitaire, les équipes ont été allouées ponctuellement à d'autres dossiers.</p> <p>Un appel à candidature afin de labelliser des recommandations de bonnes pratiques sur la prévention et la gestion des effets indésirables des médicaments anticancéreux oraux a été publié en juin 2017. Il vise à labelliser 7 recommandations supplémentaires. Des candidatures ont été recues en octobre 2017 et sont en cours d'analyse.</p> <p>Une étude d'évaluation de l'implémentation des recommandations dans la pratique clinique est en cours et ses résultats sont attendus pour la fin de l'année 2017.</p>			

N°	Libellé	Responsable de l'action	Jalons terminés	État calculé de l'action
3.2	Adapter les organisations à l'essor des chimiothérapies orales.	DGOS	13 sur 14 (93%)	Retard (moins de 3 mois)
	Responsables associés : INCa	Partenaires : HAS; ARS		
	<b>Jalon</b>		<b>Fin prévue le</b>	<b>État du Jalon</b>
	Création d'un dossier web sur la prise en charge des patients traités par chimiothérapie orale sur le site du ministère (DGOS) -cf.action 3.1		30/06/14	Terminé
	Démarrage du groupe de travail sur l'amélioration de la qualité de la prise en charge des patients traités par chimiothérapie orale (Pilote: DGOS)		30/06/14	Terminé
	Lancement de l'appel à projets du PREPS (Programme de recherche sur la performance du système des soins) (pilote: DGOS)		30/06/14	Terminé
	Mise en place du Copil cancer du CORETAH (cf. action 17.5)		30/06/14	Terminé
	Mobilisation d'un financement via le FIR sur la coordination ville-hôpital autour de la prise en charge médicamenteuse (notamment chimio orale)		30/06/14	Terminé

Jalon	Fin prévue le	État du Jalon
Inscription de la thématique dans les programmes de formation continue de portée nationale (instruction DGOS du 28 juillet 2014)	30/07/14	Terminé
Analyse des offres suite à l'appel à projets ANFH	15/10/14	Terminé
Etat des lieux sur les parcours patients traités par chimiothérapie orale à partir des bases de données existantes en lien avec la CNAMTS	31/12/14	Terminé
Bilan de la SSP sur la thématique chimiothérapie et mise en ligne des expériences sur le dossier web	30/06/15	Terminé
Définition d'un plan d'actions par le groupe de travail sur l'amélioration de la prise en charge des patients traités par chimio orale	30/06/15	Terminé
Circulaire budgétaire DGOS pour 2016: annonce d'un nouveau modèle de financement de la consultation de PPCO par la création d'une MIGAC au dernier trimestre 2016.	30/06/16	Terminé
Circulaire budgétaire DGOS pour 2016 : lancement d'un recueil DGOS/ATIH sur la primo-prescription de chimiothérapie orale accompagné d'un guide de 1ers éléments de contour de cette primo prescription.	30/06/16	Terminé
Elaboration sur la base d'un parcours de soins type émis par l'INCa -, d'un cahier des charges organisationnel DGOS sur le parcours de soins des patients atteints d'un cancer sous chimiothérapie orale.	31/12/17	En cours - Retard (moins de 3 mois)
Réexamen de la modélisation de la consultation de primo prescription chimiothérapie orale	31/12/17	Terminé

Le calendrier de cette action est décalé à la suite de la programmation d'avril 2016 de l'expertise INCa attendue sur les thérapeutiques orales (définition du parcours de soins des patients et projection du développement de ces nouvelles thérapeutiques - saisine DGOS du 29 juillet 2015).

Les évolutions induites au niveau des organisations par ces traitements oraux font l'objet des travaux du CORETAH CANCER dont les réalisations sont précisées dans l'action 17.5.

Dans ce cadre, la DGOS a rencontré, en lien avec l'INCa, les sociétés savantes du champ de la cancérologie (SFC, SFH, SFCE) ainsi que le groupe interface ARS du PK3.

Cette réflexion a démarré fin 2014- 1er trimestre 2015 par une enquête auprès des acteurs sur les besoins d'évolution de cette activité, de son organisation et de son financement.

A partir de ces enseignements, les travaux techniques visant à cadrer l'organisation et à adapter le financement de ces activités ont démarré :

- En réponse à une saisine DGOS de l'INCa en juillet 2015 pour l'élaboration des pré-requis organisationnels transversaux (chemin clinique) de la chimiothérapie orale, deux documents INCa ont été remis à la DGOS, l'un en mai 2016 sur ""la projection du développement des chimiothérapies orales à court, moyen et long termes"" , et le second en juillet 2016 sur ""l'organisation de la prise en charge des patients atteints d'un cancer traités par chimiothérapie orale"" ;
- Elaboration en cours par la DGOS d'un projet de cahier des charges à l'attention des ARS sur le cadre organisationnel territorial de la chimiothérapie orale. Il fixera des organisations cibles et tiendra compte notamment des liens entre l'hôpital et la médecine de ville dans le parcours de soins des patients. Le calendrier prévu est la publication d'une instruction au premier semestre 2017 sur la base notamment de l'état des lieux DGOS précité et des pré-requis établis par l'INCa ;
- Dans le cadre de la campagne budgétaire 2016 (cf. circulaire budgétaire de mai 2016), la DGOS met en oeuvre une dotation budgétaire de financement de la primo-prescription de chimiothérapie orale pour les titulaires d'autorisation d'exercer l'activité de traitement du cancer. La DGOS a ainsi créé et mis en place, dès le premier trimestre 2016, un recueil d'activité mensuel des consultations hospitalières de primo-prescription de chimiothérapie orale. Ce recueil a permis la diffusion auprès des établissements de santé d'un guide DGOS de renseignement du recueil intégrant, à partir de premières transmissions INCa sur ce parcours de soins -, des éléments de cadrage organisationnels de cette primo-prescription répondant aux enjeux d'observance du patient et de coordination des soins avec la médecine de ville. Le dernier trimestre 2016 a été consacré à une analyse des résultats du recueil qui ont abouti à une première affectation de crédits fin 2016. Les travaux de modélisation de la dotation ont été finalisés à la DGOS sur la base des travaux INCa et ont eu leur traduction à l'occasion de la délégation complémentaire, en première circulaire 2017, sur la base de l'activité réelle 2016 de CPPO déclarée par les établissements de santé titulaires d'une autorisation de traitement du cancer par chimiothérapie.
- Analyse DGOS en cours en 2017 sur la situation de prescription et de délivrance des chimiothérapies orales des cancers en France, à partir des données 2013, 2014 et 2015 transmises par la CNAMTS début 2017.
- Au dernier trimestre 2016, le ministère de la santé a diffusé auprès des ARS des fiches thématiques élaborées par la DGOS pour chacune des 18 activités de soins soumises à autorisation, en vue d'alimenter l'instruction SGMAS n°2016-154 du 21 octobre 2016 relative à la territorialisation de la politique de santé en application des articles 158 et 162 de la loi 2016-41 de modernisation de notre système de santé. La fiche relative à l'activité de traitement du cancer intègre des éléments sur la chimiothérapie orale et constitue un outil pour l'élaboration par les ARS du futur SRS-PRS.

La circulaire budgétaire DGOS 2017 précise que chaque consultation de PPCO ouvre droit (dans le respect de l'enveloppe MIG totale) au versement à l'établissement de santé autorisé d'un montant forfaitaire de 45 euros. Depuis avril 2016, les établissements autorisés ayant une activité de PPCO déclarent celles-ci via le recueil FICHSUP.

Le montant total de cette dotation est de 1 848 960 euros pour 2016. Pour 2017, la dotation globale interviendra en deux délégations afin notamment d'inciter les établissements autorisés n'ayant déclaré aucune activité de PPCO en 2016 à renseigner le FICHSUP.

N°	Libellé	Responsable de l'action	Jalons terminés	État calculé de l'action
3.3	Impliquer le patient en développant l'éducation thérapeutique en cancérologie.	INCa	1 sur 4 (25%)	Planning respecté
	Responsables associés : DGS; ANSM	Partenaires : DGOS; HAS; LNCC (Ligue); ARS		
	<p>Cette action est liée à l'action 3.1 (Définir des bonnes pratiques d'utilisation des chimiothérapies orales pour accompagner les professionnels en ville et à l'hôpital).</p> <p>Dix-neuf molécules données par voie orale font actuellement l'objet d'une recommandation à destination des professionnels de santé pour prévenir et gérer leurs effets indésirables. Ces recommandations ont permis d'élaborer en 2016 des fiches pratiques par médicament plus adaptées à la pratique des professionnels de premier recours, notamment médecins généralistes et pharmaciens d'officine.</p> <p>Un appel à candidature destiné aux sociétés savantes, RRC et OMEDIT, en vue de labelliser de nouvelles recommandations et fiches destinées aux professionnels de santé et aux patients sur la prévention et la gestion des effets indésirables a été publié sur le site de l'Institut. Les candidatures reçues sont en cours d'examen par l'Institut et pourraient permettre l'élaboration de fiches destinées aux patients.</p>			

N°	Libellé	Responsable de l'action	Jalons terminés	État calculé de l'action
3.4	Définir les conditions de sécurité et de qualité de délivrance et d'administration des anticancéreux à domicile.	DGOS	5 sur 8 (63%)	Retard (plus de 9 mois)
	Responsables associés : ANSM; INCa	Partenaires : HAS		
	<b>Jalon</b>		<b>Fin prévue le</b>	<b>État du Jalon</b>
	Etat des lieux sur les conditions de prescription et de délivrance de l'ensemble des chimiothérapies orales (ANSM, INCa)		15/11/14	Terminé
	Identifier les besoins de modification des CPD, en lien avec le GT chimio orale, et en lien avec les analyses issues du COPIIL cancer (cf action 17.5)		30/03/15	Terminé
	Mettre en place un groupe de travail inter-direction (DGOS/ANSM/INCA/DGS)		30/03/15	Terminé
	Circulaire DGOS budgétaire pour 2016 : annonce d'un nouveau modèle de financement de la consultation de primo-prescription de chimiothérapie orale par la création d'une MIGAC au dernier trimestre 2016		01/06/16	Terminé
	Circulaire DGOS budgétaire pour 2016 : lancement d'un recueil DGOS/ATIH sur la primo-prescription de chimiothérapie orale accompagné d'un guide de premiers éléments de contour de cette primo-prescription.		01/06/16	Terminé
	Suivant les besoins identifiés, modifier les CPD des chimiothérapies orales (AMM) et encadrer et financer au besoin les modifications de pratiques		31/12/16	En cours - Retard (plus de 9 mois)
<p>Le calendrier de cette action a été retardé, dans l'attente des conclusions de travaux attendus de l'ANSM, de l'INCa et de la CNAMTS sur les conditions de prescription et délivrance des chimiothérapies orales (saisine DGOS réalisée en octobre 2015 rendue en 2017) et d'une expertise INCa sur les thérapeutiques orales (définition du parcours de soins des patients et projection du développement de ces nouvelles thérapeutiques - saisine DGOS du 29 juillet 2015 rendue en 2016). Un groupe de travail sur les chimiothérapies orales va se réunir au cours du premier trimestre 2018 pour partager les conclusions de ces travaux et élaborer les actions à mettre en œuvre.</p> <p>L'objectif général de sécurisation de la délivrance de la chimiothérapie orale à domicile, porté par l'action 3.4, est également abordée :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Dans le cadre de l'ex-CORETAH CANCER, piloté par la DGOS (action 17.5) sur les évolutions des organisations et des financements en cancérologie. A l'issue une phase d'enquête et de concertation auprès des acteurs et professionnels du champ du cancer, la DGOS a engagé début 2015, en lien avec l'INCa, des réflexions techniques pour définir les conditions dans lesquelles doit être organisé et financé le bilan d'initiation de la chimiothérapie orale, dans le respect des exigences de qualité et sécurité des prises en charge.</li> <li>- Et dans les travaux pilotés par la DGOS (action 3.2), en lien avec l'INCa, sur les aspects organisationnels visant l'accompagnement de l'essor des chimiothérapies orales : <ul style="list-style-type: none"> <li>• Deux livrables INCa remis à la DGOS : "la projection du développement des chimiothérapies orales à court, moyen et long termes" (mai 2016) et "l'organisation de la prise en charge des patients atteints d'un cancer traités par chimiothérapie orale" (juillet 2016) ;</li> <li>• Dans le cadre de la campagne budgétaire 2016 (cf. circulaire budgétaire de mai 2016), la DGOS met en oeuvre une dotation budgétaire de financement de la primo-prescription de chimiothérapie orale pour les titulaires d'autorisation d'exercer l'activité de traitement du cancer créée et mise en place dès le premier trimestre 2016 avec un recueil d'activité mensuel des consultations hospitalières de primo-prescription de chimiothérapie orale et diffusion d'un guide DGOS de renseignement du recueil intégrant, à partir de premières transmissions INCa sur ce parcours de soins, des éléments de cadrage organisationnels de cette primo-prescription répondant aux enjeux d'observance du patient et de coordination des soins avec la médecine de ville.</li> </ul> </li> </ul> <p>En parallèle, l'INCa émet depuis 2015 une succession de recommandations sur la prévention et la gestion des effets indésirables des anticancéreux par voie orale. Ces recommandations sont régulièrement publiées sur le site internet de l'INCa.</p>				

### Sous objectif : Développer la chirurgie ambulatoire en cancérologie

N°	Libellé	Responsable de l'action	Jalons terminés	État calculé de l'action
3.5	Préciser, en lien avec les professionnels et sur la base de données de la littérature, les actes de chirurgie oncologique pouvant être réalisés en ambulatoire.	HAS	1 sur 1 (100%)	Achevée
	Responsables associés : INCa	Partenaires :		

La HAS a engagé un programme de travail sur la chirurgie ambulatoire consistant en l'élaboration de productions sur 6 axes de travail. Ainsi, un socle de connaissance, des recommandations organisationnelles, un état de lieux et perspectives sur la tarification de la chirurgie ambulatoire en France et à l'étranger ont notamment déjà été publiés. Le dernier travail mis en ligne en juillet 2014, porte sur la prise en charge et l'éligibilité des patients en chirurgie ambulatoire. Ces productions constituent donc un cadre de référence applicable à la cancérologie. En conséquence, la mise en ligne du travail sur la prise en charge et l'éligibilité des patients en chirurgie ambulatoire constitue le dernier jalon sur cette mesure.

N°	Libellé	Responsable de l'action	Jalons terminés	État calculé de l'action
3.6	Pour les actes de chirurgie en ambulatoire ayant démontré leur bénéfique pour les patients et leur faisabilité, les inscrire dans la politique d'incitation tarifaire ou de contractualisation et mettre en place des indicateurs de qualité et de sécurité des soins.	DGOS	4 sur 4 (100%)	Achevée
Responsables associés : CNAMTS; HAS; INCa		Partenaires : ARS		
En appui du déploiement de l'expérimentation de chirurgie ambulatoire en cancérologie, la même attention a été portée au suivi des indicateurs de qualité et sécurité des soins que pour le reste du programme de développement de la chirurgie ambulatoire et ce suivi s'est effectué selon des modalités identiques. Une analyse nationale des CPOM ARS est réalisée chaque année avec l'objectif de repérer les bonnes pratiques développées en chirurgie ambulatoire.				

N°	Libellé	Responsable de l'action	Jalons terminés	État calculé de l'action
3.7	Soutenir la réorganisation des services pour le développement de la chirurgie ambulatoire avec une phase d'expérimentations et d'aide à la conduite du changement dans des sites pilotes dans un premier temps.	DGOS	3 sur 7 (43%)	Retard (plus de 9 mois)
Responsables associés : INCa		Partenaires : HAS; ARS		
<b>Jalon</b>			<b>Fin prévue le</b>	<b>État du Jalon</b>
Définition du cahier des charges national de l'expérimentation de chirurgie ambulatoire			31/12/14	Terminé
Lancement de l'appel à candidatures et sélection des équipes hospitalières pilotes			30/06/15	Terminé
Travail conjoint avec les ARS (état des lieux et retour d'expériences)			30/06/15	Terminé
Analyse des résultats atteints par les équipes pilotes des expérimentations			30/06/16	En cours - Retard (plus de 9 mois)
Organisation de l'accompagnement des équipes par un prestataire externe, chargé de réaliser une évaluation organisationnelle et médico-économique des projets.			30/06/16	En cours - Retard (plus de 9 mois)
Diffusion des modes d'organisation efficaces			31/12/16	Non débuté - Retard (plus de 9 mois)
Recommandations de "bonnes pratiques organisationnelles" de chirurgie ambulatoire			31/12/16	Non débuté - Retard (plus de 9 mois)

En juillet 2015, la DGOS et l'INCa ont lancé un appel à projets visant à accompagner les équipes chirurgicales autorisées à la chirurgie du cancer pour élaborer, mettre en œuvre et évaluer les projets organisationnels innovants. L'objectif est d'ouvrir le développement de la chirurgie ambulatoire en cancérologie et inscrire cette séquence chirurgicale dans un parcours de soins. Cette action, qui s'intègre au programme national de développement de la chirurgie ambulatoire et au Plan cancer 2014-19, a rencontré un vif succès puisque 113 projets ont été enregistrés. Ces projets, qui ont fortement mobilisé les professionnels de santé, ont porté sur une grande variété de localisations tumorales.

Au total, 36 projets élaborés par des établissements de santé ont été retenus à l'issue d'une procédure de sélection nationale. Chaque dossier a fait l'objet d'une analyse par l'ARS d'une part, et par un médecin de la spécialité concernée d'autre part. Sur la base de ces deux analyses, le Comité national d'évaluation constitué par la DGOS, l'INCA, la HAS, les représentants des sociétés savantes concernées, des associations de patients, des directeurs d'établissements et directeurs de soins, a émis un avis consultatif sur chacun des projets, à partir duquel la DGOS et l'INCA ont effectué la sélection des projets.

Le soutien financier des projets pilotes sélectionnés vise à accompagner, sur une période de deux ans, la mise en œuvre et l'évaluation de projets organisationnels innovants permettant le développement de la chirurgie ambulatoire en cancérologie. À ce titre, un accompagnement financier à destination des établissements de santé sélectionnés prévu sur deux années, pour un total de 3 millions d'euros. Un montant de 1,5 million d'euros est ainsi délégué via la circulaire budgétaire de fin d'année 2016, l'autre moitié des crédits sera déléguée fin 2017.

Sur la base des demandes formées par les établissements retenus, la répartition des crédits a pris en compte le dimensionnement des projets, en intégrant le volume potentiel d'activité et les besoins de financement estimés au regard des actions envisagées. Pour rappel, ce financement, qui ne sera pas reconduit au-delà de la durée de la mesure d'accompagnement de deux ans, n'a pas vocation à financer des ressources humaines pérennes ou des investissements immobiliers.

Depuis le lancement des projets, une évaluation médico-économique nationale conduite avec l'aide d'un prestataire externe, à partir de l'observation du chemin clinique des patients et en englobant l'amont et l'aval de la séquence chirurgicale, est engagée. L'évaluation visera à dégager les processus organisationnels permettant de développer ce type de prise en charge et à apprécier le coût de la prise en charge en chirurgie ambulatoire. Un bilan à 1 an ainsi qu'un bilan final à 2 ans de cette étude seront réalisés.

Le premier comité de pilotage (COFIL) de la démarche d'évaluation, réunissant les mêmes acteurs que le comité national d'évaluation ayant procédé à la sélection des projets, s'est tenu en mars 2017 et a permis de valider le cadre et le calendrier des travaux. Une lettre DGOS/INCA en avril 2017 a été adressée aux établissements afin de les informer des avancées de la procédure d'évaluation et une maquette de rapport de suivi à renseigner par ces derniers a été élaborée. Un second COFIL se réunira au premier trimestre 2018 pour faire un bilan d'étape à 1 an d'expérimentation.

En outre, une revue de littérature (bibliographie) a été conduite en 2017 afin de disposer de l'ensemble des données relatives à la prise en charge du cancer en chirurgie ambulatoire, ainsi que de l'ensemble des données relatives au micro-costing, dans le domaine de la chirurgie ambulatoire et/ou du cancer en France et à l'étranger.

### Sous objectif : Favoriser le développement de la radiologie interventionnelle

N°	Libellé	Responsable de l'action	Jalons terminés	État calculé de l'action
3.8	Améliorer la lisibilité de l'offre en identifiant les équipes pratiquant la radiologie interventionnelle, et le repérage des actes concernés et identifier et mener les évolutions nécessaires du dispositif réglementaire et tarifaire.	DGOS	5 sur 10 (50%)	Retard (plus de 9 mois)
	Responsables associés : INCa	Partenaires : ARS		
	<b>Jalon</b>		<b>Fin prévue le</b>	<b>État du Jalon</b>
	Définition du périmètre et de la segmentation de l'activité en fonction du niveau d'exigence requis pour assurer la qualité et la sécurité des soins		30/06/15	Terminé
	Lancement d'un groupe de travail transversal sur la radiologie interventionnelle		30/06/15	Terminé
	Etat des lieux : action de veille prévue à l'action 5.11		31/12/15	En cours - Retard (plus de 9 mois)
	Sur la base des travaux réalisés au 1er semestre, identification avec les ARS des modalités les plus adaptées pour améliorer la lisibilité de l'offre		31/12/15	En cours - Retard (plus de 9 mois)
	Enquête sur les pratiques et organisations à l'international		01/01/16	Terminé
	Mobilisation des professionnels pour inscription aux programmes de recherche		30/06/16	Terminé
	Repérage des actes de RI auprès des professionnels		30/06/16	Terminé
	Mise en œuvre des actions permettant d'améliorer la lisibilité de l'offre et le repérage de l'activité réalisée par chaque ES (suite travaux de 2015)		31/12/16	Non débuté - Retard (plus de 9 mois)

Jalon	Fin prévue le	État du Jalon
Travaux sur la classification, en lien avec l'ATIH, la CNAMTS et la HAS, pour faire évoluer les GHM et la tarification	31/12/16	En cours - Retard (plus de 9 mois)
Evolution du dispositif juridique encadrant les activités de soins	31/12/17	En cours - Retard (moins de 3 mois)
<p>Une démarche globale a été engagée par la DGOS pour mieux accompagner le développement de l'imagerie interventionnelle (incluant la radiologie interventionnelle). Un groupe de travail, piloté par la DGOS, et intégrant les partenaires du champ du cancer (INCa, UNICANCER, etc.) est en place depuis le 1er juin 2015. Il a pour ambition de mieux structurer ce champ d'activité, de renforcer sa lisibilité et d'homogénéiser les pratiques en vigueur afin de garantir la qualité et sécurité des soins délivrés. Deux types de démarches sont mobilisées à l'appui de ces objectifs :</p> <p>1)- Les travaux sur l'évolution de l'encadrement des activités de soins sont engagés, sur la base de l'article 204 de la loi de modernisation de notre système de santé, depuis mai 2017. Ils répondront à l'objectif de mieux encadrer et reconnaître l'activité d'imagerie interventionnelle.</p> <p>2)- Les travaux d'évolution de la classification et tarification des actes. Ils comprennent :</p> <p>* A court terme, la poursuite de l'intégration pluriannuelle par l'ATIH dans son programme de travail des demandes d'évolution ponctuelle portées par les fédérations hospitalières</p> <p>* A moyen terme, dans un calendrier cohérent avec celui de la structuration de l'activité d'imagerie interventionnelle, la prise en compte de l'interventionnel dans l'algorithme de la classification PMSI.</p> <p>Les travaux de définition de l'activité ont été terminés pour fin 2016. Le démarrage de la discussion sur les critères de classement des actes et la présentation des analyses des bases PMSI MCO et SNIIRAM permettant d'avoir une vision qualitative et quantitative précise de l'activité ont également démarré en 2016.</p> <p>En complément des travaux en cours de la DGOS en vue de l'évolution du régime d'autorisation des activités de soins, l'INca a engagé des travaux d'expertise en vue de l'évolution des critères d'agrément qui pourront être intégrés au futur régime d'autorisation. Ils intègrent le champ de l'oncologie interventionnelle et à ce titre, l'INca, en s'appuyant sur un groupe d'experts, listera les actes de radiologie interventionnelle en oncologie, identifiera les équipes pratiquant ces actes, et proposera, dans le cadre de la gradation des soins, ce qui relève d'un équipement de « centre de proximité » et ce qui relève d'une structure de « recours ».</p>		

N°	Libellé	Responsable de l'action	Jalons terminés	État calculé de l'action
3.9	Favoriser la diffusion et l'évaluation des techniques de radiologie interventionnelle par les établissements pilotes.	INCa	1 sur 1 (100%)	Achevée
Responsables associés : HAS		Partenaires :		
Cette action renvoie vers la 3.8.				

N°	Libellé	Responsable de l'action	Jalons terminés	État calculé de l'action
3.10	Identifier et mener les évolutions nécessaires du dispositif réglementaire et tarifaire pour soutenir le développement de la radiologie interventionnelle : cette action sera mise en œuvre dans le cadre de l'action 3.8.	DGOS		Mise en œuvre dans le cadre de l'action 3.8.
Responsables associés : CNAMTS		Partenaires :		

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

N°	Libellé	Responsable de l'action	Jalons terminés	État calculé de l'action
3.11	Garantir une offre adaptée en équipements de radiothérapie sur le territoire et en améliorer la lisibilité afin de faciliter les orientations adéquates des patients et réduire les délais d'accès.	DGOS	9 sur 12 (75%)	Retard (plus de 9 mois)
Responsables associés : HAS; INCa		Partenaires : ARS		
Jalon			Fin prévue le	État du Jalon
Publication de l'avis et des travaux du groupe d'experts permanent de l'ASN sur "les conditions de mise en œuvre des nouvelles techniques et pratiques de radiothérapie"			01/03/15	Terminé
Publication du rapport d'évaluation de la HAS sur les indications de la radiothérapie pour le cancer du col de l'utérus			01/03/15	Terminé

Jalon	Fin prévue le	État du Jalon
Synthèse des recommandations nationales et internationales sur la radiothérapie pour les cancers du sein et de la prostate remise au ministère en vue de l'expérimentation (INCa)	01/05/15	Terminé
Publication de recommandations INCa sur la radiothérapie du cancer du sein in situ	01/07/15	Terminé
Restitution et analyse de l'enquête de pratiques de la radiothérapie pour le cancer du sein et de la prostate et de l'enquête de coûts de la radiothérapie réalisées par la DGOS/ATIH au COPIL expérimentation d'un nouveau modèle de financement de la radiothérapie	08/07/15	Terminé
Publication des recommandations de la HAS sur les indications de la radiothérapie pour le cancer du canal anal	01/08/15	Terminé
Expertise INCa sollicité par la DGOS sur les évolutions proposées par le COPIL expérimentation d'un nouveau modèle de financement de la radiothérapie pour le cancer du sein et le cancer de la prostate	31/12/15	Terminé
Observatoire national de la radiothérapie sous l'égide de l'INCa	31/12/15	Terminé
Recommandations INCa sur la radiothérapie dans le cadre des travaux préparatoires DGOS en vue de l'expérimentation d'un nouveau modèle de financement	31/12/15	Terminé
Identifier ce qui sera rendu opposable aux titulaires de l'autorisation de traitement du cancer par radiothérapie (cf. actions 2.4, 2.5, 2.6)	31/12/16	En cours - Retard (plus de 9 mois)

Les travaux sur le maillage territorial adapté en radiothérapie de haute précision ont démarré de façon retardée, après une phase plus longue que prévu de recueil des recommandations INCa et HAS.

L'identification des indications et bonnes pratiques de radiothérapie, notamment de haute précision, est un élément préalable indispensable à la définition d'un maillage territorial adapté en radiothérapie. Pour disposer de ces éléments d'information, la DGOS a sollicité plusieurs types de travaux d'expertise en 2014 :

- saisine de l'INCa fin 2013, visant des recommandations d'utilisation de la RCMI pour les localisations sein et prostate.
- La HAS a évalué la RCMI dans deux indications en vue de leur remboursement : le col de l'utérus (mars 2015) et le canal anal (août 2015).

A cette occasion, la HAS s'est prononcée sur ses attentes en matière d'évaluation des nouvelles techniques de radiothérapie.

- La HAS a finalisé le rapport d'évaluation sur la radiothérapie stéréotaxique dans le traitement des tumeurs hépatiques en septembre 2016.

- Les résultats finaux de l'évaluation médico-économique de la radiothérapie peropératoire dans les cancers du sein sont disponibles depuis le 6 mars 2015. Ils ont été transmis à la HAS afin que l'évaluation de l'acte puisse être finalisée et que les travaux d'établissement d'une tarification de l'acte avec la DGOS et la CNAMTS débutent. La HAS a finalisé le rapport d'évaluation en avril 2016 et préconise, au vu des éléments actuellement réunis, de réserver l'utilisation de cette technique dans un cadre de recherche clinique.

- Transmission en mai 2015 par l'INCa des travaux sur les recommandations internationales et nationales concernant la radiothérapie pour les localisations sein et prostate. Ces travaux qui prennent en compte les recommandations SFRO de 2015, avaient été sollicités par la DGOS pour préparer l'expérimentation d'un nouveau modèle de financement de la radiothérapie. La restitution au COPIL de l'expérimentation en radiothérapie a eu lieu en juillet 2015.

- Les travaux en cours à la DGOS sur la généralisation du Répertoire Opérationnel des Ressources (ROR) devraient par ailleurs permettre contribuer à répondre aux enjeux de meilleure lisibilité de l'offre de traitement du cancer par radiothérapie.

- Travaux en cours lancés en 2016 au ministère de la santé, en lien avec l'INCa, l'ASN et l'ANSM, visant une stratégie globale et coordonnée d'implémentation sécurisée des nouvelles techniques de radiothérapie, à partir notamment des recommandations du GPMED de l'ASN publiées en mai 2015. L'actualisation des recommandations SFRO sur les techniques de radiothérapie ""RECORAD"" publiée en octobre 2016, contribueront aussi aux travaux précités ainsi qu'à l'expérimentation d'un nouveau modèle de financement de la radiothérapie .

- Au dernier trimestre 2016, le ministère de la santé a diffusé auprès des ARS des fiches thématiques élaborées par la DGOS pour chacune des 18 activités de soins soumises à autorisation, en vue d'alimenter l'instruction SGMAS n°2016-154 du 21 octobre 2016 relative à la territorialisation de la politique de santé en application des articles 158 et 162 de la loi 2016-41 de modernisation de notre système de santé. La fiche relative à l'activité de traitement du cancer intègre des éléments sur la radiothérapie et constitue un outil pour l'élaboration par l'ARS du futur SRS-PRS.

- L'état des lieux sur l'offre de soins en cancérologie pédiatrique lancé en mai 2016 auprès des ARS (instruction DGOS/INCa du 26 mai 2016) a permis de préciser l'offre de radiothérapie pédiatrique existante sur le territoire national en regard notamment des techniques de radiothérapie et d'identifier des sites de recours notamment pour la radiothérapie avec anesthésie réalisée chez le très jeune enfant.

- En avril 2017, des courriers ont été adressés aux centres de radiothérapie et aux directeurs des ARS les informant du lancement (courant mai 2017) d'une nouvelle vague d'enquête de l'Observatoire national de la radiothérapie.

- Le programme 2017 de la HAS prévoit d'inclure des travaux d'actualisation des recommandations HAS de 2006 sur la RCMI s'agissant du cancer du sein. Ces travaux sollicités par la DGOS tiendront compte, d'une part, du document INCa de « synthèses des recommandations nationales et internationales sur la radiothérapie pour les cancers du sein et de la prostate » précité, et d'autre part, des recommandations RECORAD publiées par la SFRO en 2016.

- Le recueil d'informations médicalisé de la radiothérapie ad hoc finalisé en 2017, - à l'aune du nouveau modèle de financement de la radiothérapie fondé sur l'épisode de soins et qui sera expérimenté "à blanc" début 2018 -, intègre notamment des éléments relatifs aux techniques de prise en charge et aux localisations de tumeurs traitées par radiothérapie, ce qui contribuera à une meilleure visibilité de l'offre de prise en charge.

- La phase de recueil de la nouvelle enquête de l'Observatoire national de la radiothérapie s'est terminée au cours du mois de septembre 2017, les analyses de cette nouvelle phase ont été finalisées au cours du mois de novembre 2017.

N°	Libellé	Responsable de l'action	Jalons terminés	État calculé de l'action
3.12	Harmoniser et rapprocher le système de codage des actes de radiothérapie dans les secteurs publics et privés, afin de pouvoir piloter une politique nationale en matière de radiothérapie.	DGOS	11 sur 13 (85%)	Retard (moins de 3 mois)
	Responsables associés : INCa; DSS; UNCAM	Partenaires :		
	<b>Jalon</b>		<b>Fin prévue le</b>	<b>État du Jalon</b>
	Lancer la préparation d'une expérimentation d'un nouveau modèle de financement de la radiothérapie pour 2 localisations de tumeurs (sein, prostate)		31/12/14	Terminé
	Document INCa de synthèse des recommandations nationales et internationales sur la radiothérapie pour le cancer du sein et le cancer de la prostate remis au ministère en vue de l'expérimentation		01/05/15	Terminé
	Synthèse des recommandations nationales et internationales sur la radiothérapie pour les cancers du sein et de la prostate remise au ministère (INCa)		01/05/15	Terminé

Jalon	Fin prévue le	État du Jalon
Enquête de coûts de la radiothérapie (centres hospitaliers et libéraux) pour les cancers sein et prostate (ATIH) et analyse nationale par la DGOS	30/06/15	Terminé
Enquête de pratique de la radiothérapie (centres hospitaliers et libéraux) pour les cancers sein et prostate (ATIH) et analyse nationale par la DGOS	30/06/15	Terminé
Publication de recommandations INCa sur la prise en charge du cancer du sein in situ	01/07/15	Terminé
Publication de recommandations INCa sur la radiothérapie du cancer du sein in situ	01/07/15	Terminé
Lancement des travaux de modélisation à partir de propositions DGOS sur le périmètre et les schémas de financement de la radiothérapie oncologique et recensement des avis et propositions de principes de modèles de financement auprès du COPIL ad hoc.	08/07/15	Terminé
Conception recueil d'informations médicalisé de soins de la radiothérapie (sein, prostate)	31/12/15	Terminé
Elaboration d'un nouveau modèle de financement pour les centres hospitaliers et libéraux (sein, prostate)	31/12/15	Terminé
Expertise INCa sollicité par la DGOS sur les évolutions proposées dans le cadre du COPIL expérimentation d'un nouveau modèle de financement de la radiothérapie pour le cancer du sein et le cancer de la prostate	31/12/15	Terminé
Lancement d'un recueil médicalisé « à blanc » accompagné d'une simulation d'impact avant le déploiement de l'expérimentation.	31/12/17	En cours - Retard (moins de 3 mois)
<p>Les travaux de modélisation du financement en radiothérapie n'ont pu démarrer qu'à partir du dernier trimestre 2015, après une phase plus longue que prévu de recueil des recommandations de l'INCa et d'état des pratiques et coûts auprès des professionnels.</p> <p>Les travaux expérimentaux, conduits en application de l'article 43 de la LFSS pour 2014 en vue d'un nouveau modèle de financement de la radiothérapie, concourent au rapprochement des systèmes de codage et tarification de la radiothérapie publique et privée. L'expérimentation a démarré en début d'année 2014 sur les localisations sein et prostate avec la conduite dans un premier temps de travaux d'expertise:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Appel à candidatures en mars 2014 auprès d'équipes de radiothérapie volontaires;</li> <li>- Démarrage des enquêtes de coût et de pratiques en juillet 2014</li> </ul> <p>Au total, 63 centres de radiothérapie sont mobilisés pour l'enquête de pratiques, dont 30 participent également à l'étude de coûts.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Restitution des résultats des enquêtes de pratiques et de coûts en groupe technique pilotée par la DGOS/ATIH puis dans le cadre du COPIL-expérimentation d'un nouveau modèle de financement de la radiothérapie oncologique début juillet 2015.</li> <li>- Transmission en mai 2015 par l'INCa des travaux sur les recommandations internationales et nationales concernant la radiothérapie pour les localisations sein et prostate. Ces travaux qui prennent en compte le projet de recommandations SFRO 2015, avaient été sollicités par la DGOS pour préparer l'expérimentation d'un nouveau modèle de financement de la radiothérapie.</li> </ul> <p>Sur la base des conclusions de ces enquêtes et des travaux INCa se sont engagés au second semestre 2015 les travaux permettant de définir le modèle de financement innovant le plus approprié.</p> <p>Par ailleurs, les constructeurs et éditeurs de logiciels ont été sollicités en vue de l'adaptation des systèmes d'information pour la facturation et le recueil médicalisé de soins.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- L'année 2016 a été consacrée, en concertation avec l'ensemble des acteurs concernés, à la détermination des éléments du périmètre du nouveau modèle et à l'élaboration d'une proposition partagée, de type forfaitaire, fondée sur une approche par technique de radiothérapie.</li> <li>- Ce modèle, validé en COPIL du 03 mars 2017, va donner lieu à une première année d'expérimentation « à blanc » début 2018, avec la mise en place d'un recueil d'informations médicalisées dédiées finalisé lors de ce COPIL. À la demande des professionnels, les schémas de forfaits et le recueil d'activité ad hoc ont été soumis en 2017 à une phase de pré-test auprès de centres de radiothérapie volontaires représentatifs du secteur hospitalier, public et privé ainsi que du secteur libéral (cabinets libéraux de radiothérapie). Les objectifs de cette démarche étaient de vérifier la clarté et la précision des éléments demandés ou des consignes apportées ainsi que de vérifier que les réponses aux questions sont accessibles et non équivoques. L'exploitation du recueil "à blanc" permettra d'engager les travaux de valorisation des schémas de forfaits : description de l'activité d'un centre de radiothérapie à l'aune des schémas de forfaits ; réalisation d'une première étude d'impact du nouveau modèle de financement (valorisation et effets revenus pour les structures). A cet effet, un groupe technique DGOS/ATIH sera lancé courant 2017 sur la pondération et la valorisation des schémas de forfaits.</li> <li>- Le programme 2017 de la HAS prévoit d'inclure des travaux d'actualisation des recommandations HAS de 2006 sur la RCMI s'agissant du cancer du sein. Ces travaux sollicités par la DGOS tiendront compte, d'une part, du document INCa de « synthèses des recommandations nationales et internationales sur la radiothérapie pour les cancers du sein et de la prostate » précité, et d'autre part, des recommandations RECORAD publiées par la SFRO en 2016</li> </ul>		

N°	Libellé	Responsable de l'action	Jalons terminés	État calculé de l'action
3.13	Expérimenter la mise en place de forfaits pour les traitements de radiothérapie prenant en compte le nombre de séances, mais aussi d'autres critères pour inciter les établissements à investir dans des techniques innovantes telles que l'hypofractionnement au bénéfice des patients : cette action sera mise en œuvre dans le cadre de l'action 3.12.	DGOS		Mise en œuvre dans le cadre de l'action 3.12.
Responsables associés : INCa; DSS; UNCAM		Partenaires :		

N°	Libellé	Responsable de l'action	Jalons terminés	État calculé de l'action
3.14	Évaluer globalement la démarche de qualité/analyse de risque de radiothérapie, mise en place et soutenue dans le cadre du Plan cancer 2009-2013, et inciter les équipes à s'inscrire dans une démarche d'évaluation médico-économique.	DGOS	11 sur 14 (79%)	Retard (moins de 3 mois)
Responsables associés : ASN		Partenaires : HAS; IRSN; ARS; ITMO cancer		
<b>Jalon</b>			<b>Fin prévue le</b>	<b>État du Jalon</b>
Publication du Rapport PSN-SRDS/SFOHR n°2014-01 de l'IRSN relatif à l'étude des risques en radiothérapie : état des lieux et perspectives			31/12/14	Terminé
Travaux ANSM sur la sécurité des équipements de radiothérapie (55 équipements)			15/09/15	Terminé
Analyse bibliographique des démarches de gestion des risques a priori et parangonage sur leur mise en place au niveau européen et international			31/12/15	Terminé
Dresser un état des lieux des mesures d'accompagnement des centres et de leur avancement dans la mise en œuvre des démarches qualité /sécurité			31/12/15	Terminé
Identifier les actions complémentaires à mener incluant les suites à donner au rapport IRSN PSN-SRDS/SFOHR n°2014-01			31/12/15	Terminé
Publication du rapport ASN sur l'avancement de mise en œuvre des exigences de l'arrêté du 22/1/2009 portant homologation de la décision ASN de 2008			31/12/15	Terminé
Réunion avec les parties prenantes (institutions, professionnels de la radiothérapie) : présentation des actions réalisées et identification d'actions			31/12/15	Terminé
Enquête flash sur une part des équipements de radiothérapie afin d'évaluer les mesures de contrôles réalisées dans les centres de radiothérapie (travaux DGOS, ASN, ANSM, INCa, IRSM)			31/12/16	Terminé
Recommandation ASN pour sécuriser les irradiations hypofractionnées de haute précision (bulletin n°9 de mai 2016 sur la sécurité du patient, pour une dynamique de progrès)			31/12/16	Terminé
étude médico-économique - Evaluation impact qualité/quantité			15/12/17	En cours - Retard (moins de 3 mois)
Action de formation auprès des utilisateurs sur les contrôles demandés accompagné d'une évaluation relatives à l'obsolescence d'une partie du parc de radiothérapie avec engagement de restriction d'usage (travaux DGOS, ASN, ANSM)			31/12/17	Terminé
Refonte de la formation à la radioprotection des patients avec publication d'une décision de l'ASN attendue en 2016			31/12/17	Terminé
Révision de la décision n°2008-DC-103 de l'ASN fixant les obligations d'assurance de la qualité en radiothérapie			31/12/17	En cours - Retard (moins de 3 mois)

Une veille nationale est conduite dans le domaine de la qualité et sécurité du fonctionnement des équipements de radiothérapie.  
- Elle a permis au 1er semestre 2015 de disposer d'un état des lieux dans le champ de la sécurité et qualité de fonctionnement des équipements.

Des travaux sont engagés avec l'ASN, pour poursuivre la démarche d'amélioration des pratiques en radiothérapie. Cette action du Plan cancer 3 répond à un double objectif (i) la démarche qualité mise en œuvre des prises en charge et la gestion des risques pour assurer un traitement dans des conditions de sécurité satisfaisantes.

- Des travaux sont engagés pour simplifier les analyses de risques à mettre en œuvre par les services de radiothérapie. En effet, suite aux conclusions IRSN relatives aux difficultés d'application de l'article 8 de la décision ASN n°2008-DC-0103 fixant les obligations d'assurance de la qualité en radiothérapie, un groupe de travail a été constitué : il vise à simplifier le dispositif d'analyse des risques. L'objectif serait de prioriser l'analyse des risques dans un premier temps au risque lié à l'implantation d'un nouvel équipement, d'une nouvelle technique d'irradiation, d'une modification d'organisation ou d'effectif par exemple.

- L'année 2016 s'est particulièrement attachée à répondre à l'enjeu de la gestion des risques en radiothérapie avec une série de travaux qui ont concernés des risques survenus. Ces déclarations d'événements indésirables ont réuni l'ensemble des acteurs sous la forme de plusieurs conférences téléphoniques afin de proposer des axes d'améliorations des conditions de qualité et de sécurité des actes de radiothérapie : une enquête flash pilotée par la DGOS, une enquête de pratique relative aux contrôles réalisés, une enquête relative à l'obsolescence sur une partie du parc, une recommandation sécurité sur les contrôles à réaliser ont été effectuées, un rapport des conséquences des dysfonctionnements pour les patients, un rapport d'évaluation des conditions de mises en œuvre des contrôles par un fabricant détenant une partie significative du parc. Cette approche d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins par la porte d'entrée des événements indésirables survenus permet, en partie, de renforcer les conditions de qualité et de sécurité. Ces travaux ont rassemblé l'ASN et l'INCA et ont sollicité l'expertise de l'ANSM, de l'IRSN et des services de la gestion de crise (13 réunions sous la forme de conférences téléphoniques ont réuni l'ensemble des acteurs et des sociétés savantes).

- L'impact des événements indésirables a pour effet de modifier l'approche du régime des inspections, et de nouvelles orientations d'inspections de l'ASN ont été formalisées (davantage ciblées sur la gestion des risques).

- Des travaux ont été menés pour consolider la formation à la radioprotection des patients avec la publication d'une décision de l'ASN. Cette formation sera pluri-professionnelle avec 2 objectifs principaux, (i) s'inscrire dans une démarche de gestion des risques et (ii) analyser sa pratique professionnelle sous l'angle de la gestion des risques de la justification et de l'optimisation.

- De plus, une recommandation pour sécuriser les irradiations hypo fractionnées de haute précision a été publiée.

- Enfin, une révision de la décision ASN sur l'assurance de la qualité en radiothérapie (une évaluation a été faite avec les professionnels - rapport d'octobre 2015 : mettre la gestion des risques au cœur de la démarche d'AQ).

- A la suite à la remise à la DGOS en juillet 2016 du document finalisé de l'INCA sur "l'implantation de la technique de protonthérapie en France", la DGOS a en 2016, inscrit dans le programme de travail de la HAS pour 2017, des travaux d'évaluation médico-économique de la protonthérapie (action 3.16).

- Une réflexion est en cours sur la mise en place d'un dispositif permettant la mise en place d'audits cliniques - par des pairs - au sein des centres de radiothérapie. En effet, le groupe permanent d'experts en radioprotection pour les applications médicales et médico-légales des rayonnements ionisants (GPMED) recommande que les centres mettent en place un audit clinique afin d'évaluer les pratiques.

Les travaux relatifs à la transposition de la directive 2013/59 dite directive Euratom, intègrent l'obligation d'audit clinique : article 58 de la directive « Les États membres veillent à ce que: des audits cliniques soient effectués conformément aux procédures nationales »

N°	Libellé	Responsable de l'action	Jalons terminés	État calculé de l'action
3.15	Organiser un maillage territorial adapté pour les équipements de haute technicité en s'appuyant sur des recommandations sur leurs indications.	DGOS	8 sur 12 (67%)	Retard (plus de 9 mois)
	Responsables associés : HAS; INCa	Partenaires : ARS		
	<b>Jalon</b>		<b>Fin prévue le</b>	<b>État du Jalon</b>
	Publication de l'avis et des travaux du groupe d'experts permanent de l'ASN sur "les conditions de mise en œuvre des nouvelles techniques et pratiques de radiothérapie"		01/03/15	Terminé
	Publication du rapport d'évaluation de la HAS sur les indications de la radiothérapie pour le cancer de l'utérus		01/03/15	Terminé
	Document INCa de synthèse des recommandations nationales et internationales sur la radiothérapie pour le cancer du sein et le cancer de la prostate remis au ministère		01/05/15	Terminé
	Intégration du traitement du cancer dans les travaux DGOS de généralisation des répertoires opérationnels des ressources (ROR) sous l'égide, au niveau régional, des ARS.		01/06/15	Terminé
	Publication de recommandations INCa sur la radiothérapie du cancer du sein in situ		01/07/15	Terminé
	Publication du rapport d'évaluation de la HAS sur les indications de la radiothérapie pour le canal anal		01/08/15	Terminé
	Travaux d'expertise des sociétés savantes autour des bonnes pratiques en radiothérapie oncologique de haute précision		31/12/15	Terminé

Jalon	Fin prévue le	État du Jalon
Travaux HAS sur l'actualisation des indications de la radiothérapie de haute précision inscrits dans son programme de travail	31/12/15	En cours - Retard (plus de 9 mois)
Identification de leviers (niveau national ou compétence ARS) pour organiser le maillage territorial adapté de l'offre en radiothérapie haute précision	31/12/16	En cours - Retard (plus de 9 mois)
Publication du rapport d'évaluation de la HAS sur les indications de la radiothérapie stéréotaxique dans le traitement des tumeurs hépatiques	31/12/16	Terminé

Le calendrier de cette action a été décalé, dans l'attente des éléments d'expertise sollicités auprès de l'INCa et de la HAS (saisines DGOS en 2013 et 2014) sur l'état des besoins et des pratiques pour la radiothérapie de haute technicité.

L'identification des indications et bonnes pratiques de radiothérapie de haute précision est un élément préalable à la définition d'un maillage territorial adapté en radiothérapie. Pour disposer de ces éléments d'information, la DGOS a sollicité plusieurs types de travaux d'expertise en 2014 :

- Saisine de l'INCa fin 2013, visant des recommandations d'utilisation de la RCMi pour les localisations sein et prostate
- Saisine de la HAS pour l'évaluation des indications de la RCMi dans deux indications : le col de l'utérus et le canal anal. Ces travaux de la HAS ont été publiés en mars et août 2015. A cette occasion, la HAS s'est prononcée sur ses attentes en matière d'évaluation des nouvelles techniques de radiothérapie.
- Saisine de la HAS pour des travaux dont le démarrage est prévu fin 2015, sur l'évaluation des données d'efficacité et de sécurité cliniques du traitement stéréotaxique extracrânien des tumeurs hépatiques. Ce rapport d'évaluation a été finalisé en septembre 2016.
- Les travaux de la HAS publiés en avril 2016 sur l'évaluation de la radiothérapie peropératoire dans le traitement du cancer du sein dans la poursuite de l'appel à projets INCa, préconisent, au vu des éléments actuellement réunis, de réserver l'utilisation de cette technique dans un cadre de recherche clinique.
- Les recommandations du groupe experts permanent de l'ASN (GPMED) sur "les conditions de mise en oeuvre des nouvelles techniques et pratiques de radiothérapie" publiées en mars 2015, et auxquelles la DGOS était invitée, sont en 2016 en cours d'expertise par le ministère de la santé, en lien avec l'INCa, l'ASN et l'ANSM pour déterminer une stratégie globale d'encadrement de la radiothérapie de haute technicité intégrant la problématique des conditions d'implémentation de la technique dans les équipes en amont des prises en charge des patients ainsi que l'enjeu des audits cliniques externes dans ce domaine.
- L'actualisation des recommandations SFRO sur les techniques de radiothérapie "RECORAD" publiée en octobre 2016, contribueront aussi aux travaux précités ainsi qu'à l'expérimentation d'un nouveau modèle de financement de la radiothérapie.
- Le traitement du cancer est désormais intégré dans le Répertoire Opérationnel des Ressources dans l'ensemble des régions suite à des travaux DGOS, en lien avec l'INCa, et sous l'égide des ARS. Les établissements de santé titulaires d'autorisation d'exercer l'activité de traitement du cancer peuvent le remplir et ainsi indiquer leur offre de soins. Par ailleurs, des travaux sont en cours en 2017 par la DGOS et l'INCa mènent des travaux en vue de l'intégration dans le ROR de l'annuaire national des RCP (ANRCP) début 2018.
- Au dernier trimestre 2016, le ministère en charge de la santé a diffusé auprès des ARS des fiches thématiques élaborées par la DGOS pour chacune des 18 activités de soins soumises à autorisation, en vue d'alimenter l'instruction SGMAS n°2016-154 du 21 octobre 2016 relative à la territorialisation de la politique de santé en application des articles 158 et 162 de la loi 2016-41 de modernisation de notre système de santé. La fiche relative à l'activité de traitement du cancer intègre des éléments sur la radiothérapie et constitue un outil pour l'élaboration par l'ARS du futur SRS-PRS.
- L'état des lieux sur l'offre de soins en oncologie pédiatrique lancé en mai 2016 auprès des ARS (instruction DGOS/INCa du 26 mai 2016) a permis de préciser l'offre de radiothérapie pédiatrique existante sur le territoire national en regard notamment des techniques de radiothérapie et d'identifier des sites de recours notamment pour la radiothérapie avec anesthésie réalisée chez le très jeune enfant. Ces éléments d'état des lieux permettront à la DGOS et l'INCa d'établir en 2018 un plan d'action sur le champ de l'oncopédiatrie et d'alimenter la réflexion sur le futur régime d'autorisation en oncologie qui intégrera l'oncologie pédiatrique.

N°	Libellé	Responsable de l'action	Jalons terminés	État calculé de l'action
3.16	Réguler au niveau national l'offre en équipement lourd, particulièrement coûteux (exemple : protonthérapie).	DGOS	3 sur 7 (43%)	Retard (plus de 9 mois)
	Responsables associés :	Partenaires :		
	<b>Jalon</b>	<b>Fin prévue le</b>	<b>État du Jalon</b>	
	Document INCa de synthèse sur les aspects cliniques actuels et l'état des lieux des pratiques de la protonthérapie	01/07/15	Terminé	
	Orientations DGOS aux ARS sur l'encadrement juridique actuel et envisagé du traitement du cancer par protonthérapie	01/10/15	Terminé	
	Inscription de travaux de recommandations sur la protonthérapie et la radiothérapie per opératoire dans le programme de travail HAS	31/12/15	Terminé	
	Recommandations des pratiques professionnelles par les sociétés savantes	31/12/15	En cours - Retard (plus de 9 mois)	
	Evaluation médico-économique et études de coûts de ces prises en charge de radiothérapie	31/12/16	En cours - Retard (plus de 9 mois)	

Jalon	Fin prévue le	État du Jalon
Evolution du dispositif juridique encadrant les autorisations des activités de soins (suivant la loi de Santé)	31/12/16	En cours - Retard (plus de 9 mois)
Evolution de la réglementation encadrant l'activité de traitement du cancer par radiothérapie	31/12/17	En cours - Retard (moins de 3 mois)
<p>Le calendrier de cette action est décalé à la suite des compléments de travaux à réaliser par l'INCa en termes d'évaluation des besoins en protonthérapie (saisine complémentaire DGOS du 11 septembre 2015).</p> <p>Le recueil d'éléments de comparaison internationale et l'établissement d'indications pour les équipements de protonthérapie et de radiothérapie peropératoire sont des éléments indispensables à une régulation adaptée dans ce domaine. Pour disposer de ces éléments d'information, la DGOS a sollicité en 2014 et 2015 la réalisation de plusieurs travaux :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Demande d'inscription au programme de travail 2015 de la HAS des indications et de la population cible de la protonthérapie, qui n'a finalement pas été retenue par la HAS;</li> <li>- l'INCa a été missionné en février 2015 par la DGOS pour le lancement de travaux de recommandations sur les indications de la protonthérapie. Ces travaux devraient permettre d'asseoir les conditions d'une régulation optimale de cette offre de radiothérapie de haute technicité sur le territoire national.</li> </ul> <p>Un premier livrable a été remis par l'INCa en juillet 2015 et devait être complété suite à une nouvelle saisine complémentaire d'août 2015 en vue de précisions sur les évolutions attendues notamment en termes d'indications potentielles et d'évaluation médico-économique.</p> <p>Ces travaux ont d'ores et déjà permis au ministère de la Santé de définir, en 2015, une stratégie d'évolution du cadre juridique de la régulation de l'offre de traitement du cancer par protonthérapie qui devrait être lancée courant 2016 : s'orienter vers un maillage interrégional de la protonthérapie – par l'inscription au futur schéma inter-régional de santé des équipements matériels lourds cyclotrons à utilisation médicale.</p> <p>Les agences régionales de santé ont été informées des travaux d'expertises en cours et de ces orientations et ont été appelées à une forte vigilance quant aux éventuelles demandes d'autorisation tant que nous ne disposerons pas d'éléments suffisants permettant de définir le nombre et la répartition des équipements nécessaires pour répondre aux besoins de la population.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Le document finalisé de l'INCa sur "l'implantation de la technique de protonthérapie en France" a été remis à la DGOS en juillet 2016 et à la suite de ses préconisations, la DGOS a, en 2016, inscrit dans le programme de travail de la HAS pour 2017, des travaux d'évaluation médico-économique de la protonthérapie.</li> <li>- Au dernier trimestre 2016, le ministère de la santé a diffusé auprès des ARS des fiches thématiques élaborées par la DGOS pour chacune des 18 activités de soins soumises à autorisation, en vue d'alimenter l'instruction SGMAS n°2016-154 du 21 octobre 2016 relative à la territorialisation de la politique de santé en application des articles 158 et 162 de la loi 2016-41 de modernisation de notre système de santé. La fiche relative à l'activité de traitement du cancer intègre des éléments sur la protonthérapie en réaffirmant le nécessaire caractère interrégional pour la régulation de cette offre de soins.</li> <li>- La demande d'inscription de l'acte de radiothérapie per-opératoire à la nomenclature CCAM était au programme de travail 2015 de la HAS. Ces travaux ont tenu compte notamment des résultats de l'analyse médicoéconomique issue de l'appel à projets INCa ; ceux-ci ont été publiés au premier semestre 2015. L'avis de la HAS rendu en mai 2016 préconise, au vu des éléments actuellement réunis, de réserver l'utilisation de cette technique dans un cadre de recherche clinique.</li> <li>- Les travaux techniques d'état des lieux de l'offre de soins en cancérologie en cours à la DGOS ainsi que ceux d'expertise à l'INCa sur la gradation de l'offre en cancérologie, - menés en 2017 dans les suites des dispositions de l'article 204 de la loi de modernisation de notre système de santé en vue des futurs décrets rénovés encadrant l'activité de traitement du cancers soumise à autorisation des agences régionales de santé -, intègrent la problématique de la régulation des plateaux techniques de recours en cancérologie.</li> </ul>		

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

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

### Sous objectif : Créer et reconnaître de nouveaux métiers

N°	Libellé	Responsable de l'action	Jalons terminés	État calculé de l'action
4.1	Créer le métier d'infirmier en pratique avancée et le déployer prioritairement dans le champ de la cancérologie.	DGOS; DGESIP	1 sur 5 (20%)	Retard (plus de 9 mois)
	Responsables associés : INCa	Partenaires :		
	<b>Jalon</b>		<b>Fin prévue le</b>	<b>État du Jalon</b>
	Démarrage des travaux portant sur le référentiel d'activités + Elaboration du référentiel de compétences		31/10/14	En cours - Retard (plus de 9 mois)
	Adoption de la loi		30/06/15	Terminé
	Elaboration du référentiel de formation : durée, contenu, choix du type de diplôme, détermination des flux de professionnels à former		30/03/16	En cours - Retard (plus de 9 mois)
	Publication du décret d'application de la loi (infirmier en pratique avancée)		30/03/16	En cours - Retard (plus de 9 mois)
	Démarrage de la formation		01/09/16	Non débuté - Retard (plus de 9 mois)
	Les travaux de construction de la pratique avancée ont démarré en novembre 2016. Ils ont été interrompus par le changement de gouvernement et reprennent en novembre 2017 sur 3 fronts : décret compétence, formation, valorisation. L'objectif est une partition du décret début 2018 et un début de formation à la rentrée de septembre 2018. Les travaux devant aboutir à la fin de l'année 2017 à la publication d'un décret d'application de la loi (infirmier en pratique avancée) ont commencé. Des auditions ont été menées auprès de professionnels ayant eu des expériences en lien avec la pratique avancée en France ou à l'étranger afin de définir au mieux son cadre pour le métier d'infirmier.			

N°	Libellé	Responsable de l'action	Jalons terminés	État calculé de l'action
4.2	Reconnaître pleinement la profession de radiophysicien en tant que profession de santé en prenant des mesures d'ordre réglementaire dans le code de la santé publique.	DGOS; DGESIP	3 sur 5 (60%)	Retard (plus de 9 mois)
	Responsables associés : INCa	Partenaires :		
	<b>Jalon</b>		<b>Fin prévue le</b>	<b>État du Jalon</b>
	Elaboration du référentiel d'activités + Elaboration du référentiel de compétences		31/12/14	Terminé

Jalon	Fin prévue le	État du Jalon
Elaboration du référentiel de formation	30/06/15	En cours - Retard (plus de 9 mois)
Reconnaissance de la profession de "physicien médical" en application du Plan Santé	31/12/15	Terminé
Publication d'un texte spécifique	30/06/16	Terminé
Mise en oeuvre de la formation	01/09/16	Non débuté - Retard (plus de 9 mois)
Le décret sur les actes et activités des médecins médicaux devrait paraître au premier semestre 2018, ainsi que l'arrêté sur les référentiels activité, compétence, formation.		

N°	Libellé	Responsable de l'action	Jalons terminés	État calculé de l'action
4.3	Reconnaître la profession de dosimétriste en tant que profession de santé.	DGOS; DGESIP	1 sur 5 (20%)	Retard (plus de 9 mois)
	Responsables associés : INCa	Partenaires :		
	<b>Jalon</b>		<b>Fin prévue le</b>	<b>État du Jalon</b>
	Elaboration du référentiel d'activités + Elaboration du référentiel de compétences		31/12/14	Terminé
	Elaboration du référentiel de formation (en lien avec le MENESR)		30/06/15	En cours - Retard (plus de 9 mois)
	Finalisation du référentiel de formation et définition du type de diplôme conféré et identification structure de formation à privilégier (avec MENESR)		31/12/15	En cours - Retard (plus de 9 mois)
	Reconnaissance de la profession de dosimétriste par voie réglementaire		30/06/16	En cours - Retard (plus de 9 mois)
	Mise en oeuvre de la formation		01/09/17	Non débuté - Retard (de 3 à 9 mois)
La dosimétrie est une spécialité de la profession de manipulateur d'électroradiologie médicale. Le décret sur les actes et activités des dosimétristes devrait paraître au premier semestre 2018, ainsi que l'arrêté sur les référentiels activité, compétence, formation.				

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

N°	Libellé	Responsable de l'action	Jalons terminés	État calculé de l'action
4.4	Améliorer la formation diplômante des médecins cancérologues.	DGESIP	5 sur 5 (100%)	Achevée
	Responsables associés : DGOS; INCa	Partenaires :		
Le décret relatif à l'organisation du 3ème cycle des études de médecine et modifiant le code de l'éducation a été publié. Les arrêtés nécessaires ont été publiés et permettent donc une application de la réforme du 3ème cycle de médecine depuis la rentrée universitaire 2017-2018. 2 FST en cancérologie sont possibles : la FST cancérologie déclinaison héματο-cancérologie pédiatrique et la FST en cancérologie traitements médicaux des cancers.				

N°	Libellé	Responsable de l'action	Jalons terminés	État calculé de l'action
4.5	Garantir la qualité des formations initiales et continues en cancérologie.	DGOS	0 sur 1 (0%)	Retard (plus de 9 mois)
	Responsables associés : INCa; DGESIP	Partenaires :		
	<b>Jalon</b>		<b>Fin prévue le</b>	<b>État du Jalon</b>
	Mise en place d'actions de DPC pour les équipes pluriprofessionnelles (éducation thérapeutique, soins de support...)		31/12/15	En cours - Retard (plus de 9 mois)
En cours en application des orientations 2016-2018 de formation continue				

N°	Libellé	Responsable de l'action	Jalons terminés	État calculé de l'action
4.6	Améliorer la formation des professionnels de l'anatomocytopathologie.	DGESIP	4 sur 4 (100%)	Achevée
	Responsables associés : DGOS; INCa	Partenaires :		
Le décret relatif à l'organisation du 3ème cycle des études de médecine et modifiant le code de l'éducation a été publié. Comme pour les autres DES, les arrêtés sont publiés et la nouvelle formation est mise en œuvre depuis la rentrée universitaire 2017-2018.				

N°	Libellé	Responsable de l'action	Jalons terminés	État calculé de l'action
4.7	Pour réduire les inégalités territoriales, éclairer les décisions publiques dans l'ouverture de postes en cancérologie par un échange annuel entre les ARS, la conférence des présidents d'université, les ministères de la santé et recherche et l'INCa en s'appuyant notamment sur l'analyse de la démographie médicale réalisée par l'INCa et l'ONDPS.	INCa	4 sur 4 (100%)	Achevée
	Responsables associés : DGOS; ONDPS; DGSIP	Partenaires : ARS; DGOM		
L'INCa et l'ONDPS ont signé une convention pour la période 2015-2018 au cours de laquelle l'ONDPS s'engage à fournir à l'INCa des données de formation initiale (effectifs des internes, services agréés et diplômes délivrés). Le rapport sur l'analyse de la démographie médicale a été soumis pour relecture et avis au groupe d'experts ad hoc en novembre. Le rapport a été finalisé en janvier 2016 avec les retours des experts. Il porte sur les données de l'année 2013 afin d'assurer une continuité avec le rapport précédent (données 2012) et du fait de la mise à disposition retardée des données 2014 du PMSI.				

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

Indicateur	Valeur	Date	Rappel cible
Évolution, par rapport à 2013, du nombre de personnes incluses dans les essais cliniques thérapeutiques en cancérologie Source : Numérateur : Nombre de personnes incluses dans les essais thérapeutiques de l'année considérée Dénominateur : Nombre de personnes incluses dans les essais thérapeutiques en 2013	119,21 % s	31/12/16	113,58 % s 31/12/18
Proportion d'enfants de moins de 18 ans inclus dans les essais cliniques de phase précoce Source : Numérateur : SFCE - Société Française de lutte contre les Cancers et leucémies de l'Enfant et de l'adolescent / Intergroupe pédiatrique Dénominateur : Registres pédiatriques des cancers ou PMSI MCO (ATIH)			%
Proportion de patients de plus de 75 ans inclus dans des essais cliniques Source : Numérateur : Nombre de patients de 75 ans et plus inclus dans des essais ouverts Dénominateur : Données incidence patients = 75 ans avec cancer	4,6 %	31/12/16	%
Proportion d'essais cliniques de phase précoce ouverts aux enfants dans les CLIP <sup>2</sup> ayant une compétence pédiatrique Source : CLIP <sup>2</sup>	19,94 %	31/12/16	%

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

N°	Libellé	Responsable de l'action	Jalons terminés	État calculé de l'action
5.1	Optimiser l'organisation de la recherche translationnelle en associant les financements institutionnels (DGOS/ITMO Cancer/INCa via le budget de l'ANR) dans des appels à projets uniques de l'INCa.	Aviesan	11 sur 15 (73%)	Planning respecté
	Responsables associés : DGOS; INCa; DGRI	Partenaires :		
	Lors de l'édition 2016, 151 lettres d'intention ont été déposées et 46 présélectionnées. Les 46 projets ont été évalués par le Comité scientifique d'évaluation. A l'issue de la sélection finale, 15 Projets ont été retenus pour être financés.			

N°	Libellé	Responsable de l'action	Jalons terminés	État calculé de l'action
5.2	Inclure 50 000 patients par an dans des essais thérapeutiques en 2019.	INCa	3 sur 5 (60%)	Planning respecté
	Responsables associés : DGOS	Partenaires :		

L'enquête 2016 menée par l'INCa montre une augmentation constante du nombre de patients inclus dans les essais cliniques en cancérologie depuis 2008 dans tous les établissements de santé cibles, à savoir CHU/CHR, CLCC, établissements bénéficiaires d'EMRC et autres établissements de santé :

- 52 478 patients ont été inclus dans les essais cliniques en cancérologie pour l'année 2016, avec une augmentation de 8,8% du nombre de patients inclus en 2016 par rapport à 2015.
- Les actions des Plans Cancer ont contribué à une augmentation significative de l'inclusion des patients dans les essais cliniques (+146 % entre 2008 et 2016).
- La répartition des inclusions entre les essais institutionnels et les essais industriels reste stable d'une année sur l'autre avec une prépondérance importante des inclusions dans les essais institutionnels (79,4% vs 20,6% pour l'année 2016). Cependant, entre 2008 et 2016, la progression est plus importante dans les essais institutionnels (+134%) que dans les essais industriels (+86%).
- Les patients inclus dans les essais cliniques en cancérologie le sont à plus de 80% dans les CLCC et dans les CHU et CHR, avec une prépondérance des CHU (45% vs 34% pour les CLCC).

Le jalon 5.2.5 (Favoriser, pour les promoteurs académiques ou industriels, un mode de contractualisation simplifié avec les établissements de soins pour une meilleure attractivité de la recherche clinique française, via une convention unique et une harmonisation des conventions entre établissements publics et privés, tel que cela est prévu dans le cadre du Comité stratégique de la filière industries et technologies de santé), est terminé sur la base des éléments suivants fournis par le bureau PF4 à la DGOS :

- Le Contrat Unique, mis en place en 2014, est conclu - de manière non-obligatoire - entre un promoteur industriel et un établissement de santé dans lequel est réalisé l'essai clinique.
- Le Contrat Unique a été transformé en Convention Unique par la loi de modernisation du système de santé de janvier 2016.
- La Convention Unique, en application du Décret n° 2016-1538 du 16 novembre 2016, est applicable et obligatoire pour toutes recherches à finalité commerciale réalisées dans les établissements de santé, maisons et centre de santé (donc incluant les établissements de santé privés).
- La Convention Unique est obligatoire pour les recherches de catégories 1 (interventionnelles qui comportent une intervention sur la personne non justifiée par sa prise en charge habituelle) et 2 (recherches interventionnelles qui comportent une intervention sur la personne non justifiée par sa prise en charge habituelle), et optionnelle pour les recherches de catégorie 3 (recherches non-interventionnelles).
- Les Contrats Uniques puis Conventions Uniques sont recensés annuellement depuis 2014 par la DGOS.
- Il n'a jamais été envisagé par la DGOS de mettre en place une procédure de type « Convention Unique » pour les promoteurs académiques. Ces derniers peuvent utiliser le modèle de Convention Unique s'ils le souhaitent (non-obligatoire).

N°	Libellé	Responsable de l'action	Jalons terminés	État calculé de l'action
5.3	Poursuivre l'effort de développement de centres d'essais précoces (CLIP2) pour une meilleure couverture territoriale et favoriser la création de centres dédiés aux enfants.	INCa; ITMO cancer; Aviesan; ITMO Technologies pour la santé	11 sur 16 (69%)	Planning respecté
	Responsables associés :	Partenaires :		
	Les essais sélectionnés dans le cadre de l'appel à projets d'essais cliniques précoces sur 6 molécules du laboratoire Astra Zeneca, ont été autorisés au cours du premier semestre 2016. Les inclusions ont débuté au cours du deuxième trimestre 2016.			
	L'essai AcSé pédiatrique (ESMART) a été autorisé par l'ANSM fin mai 2016. Les inclusions ont débuté en août. Fin 2016 une vingtaine de patients ont déjà été inclus. Cinq des six CLIP <sup>2</sup> à valence pédiatrique sont ouverts aux inclusions, le sixième centre a ouvert début 2017.			

N°	Libellé	Responsable de l'action	Jalons terminés	État calculé de l'action
5.4	Associer les patients et leurs représentants aux essais cliniques et dans le parcours permettant l'accès à ces recherches.	LNCC (Ligue)	3 sur 6 (50%)	Planning respecté
	Responsables associés : INCa	Partenaires :		

Composé de 103 personnes malades et proches, le Comité de Patients pour la Recherche Clinique a relu 119 notes d'information et formulaires de consentement d'essais thérapeutiques au 17 novembre 2017.

Les notes d'information proviennent de 26 promoteurs différents dont l'ensemble des Groupes Coopérateurs et 11 laboratoires industriels

2 assemblées plénières ont été organisées par la Ligue contre le cancer en janvier et en juin 2017 : elles ont rassemblé à la fois des relecteurs, des promoteurs et des chargés de projets en recherche clinique, soit environ 80 personnes par réunion.

Le journal "Recherche Clinique Côté Patients" est diffusé à 9000 exemplaires avec un tirage de 2000 exemplaires supplémentaires pour le dernier numéro sur la fixation du prix des médicaments et le suivi des événements indésirables. La diffusion du magazine concerne l'ensemble des services de cancérologie, comités départementaux, ERI/MIS/Aire Cancer, afin d'informer les associations, les Unités de Recherche Clinique et les Directions de la Recherche Clinique et de l'Innovation. Le magazine est également téléchargeable sur le site de la Ligue contre le cancer.

Pour informer le grand public, le site internet de la Ligue contre le cancer comporte une rubrique " les essais cliniques et le comité de patients ".

### Sous objectif : Promouvoir une politique globale du médicament en cancérologie

N°	Libellé	Responsable de l'action	Jalons terminés	État calculé de l'action
5.5	Définir des priorités en matière de développement des médicaments anticancéreux.	ANSM	3 sur 3 (100%)	Achevée
	Responsables associés : DGOS; DGS; INCa; DGRI	Partenaires :		
	Les quatre premiers jalons de cette action sont terminés. Ils ont permis de valoriser deux axes : un axe national sur la mise en place d'un outil méthodologique permettant d'établir une liste d'indications devant faire l'objet de développements prioritaires de recherches, et un axe européen basé principalement sur l'analyse des recommandations de trois comités européens évoluant au sein de l'Agence européenne du médicament. Le Comité des médicaments orphelins (COMP), le comité pédiatrique (PDCO) et le groupe de travail avis scientifique (SAWP).			

N°	Libellé	Responsable de l'action	Jalons terminés	État calculé de l'action
5.6	Adapter les essais cliniques aux évolutions conceptuelles induites par l'arrivée des thérapies ciblées.	INCa	6 sur 8 (75%)	Planning respecté
	Responsables associés : DGOS; ANSM; DGRI	Partenaires : Fondation ARC; HAS; LNCC (Ligue)		
	Deux nouveaux essais AcSé ont été lancés en 2017, AcSé-nivolumab et AcSé-pembrolizumab. L'émergence de l'immunothérapie par anti-PD1 comme nouvelle stratégie thérapeutique en oncologie a conduit à la conception de deux nouveaux essais cliniques de phase précoce visant à évaluer ces deux agents dans le traitement de cancers rares. L'objectif est double : permettre l'accès à l'innovation aux patients atteints d'un cancer rare et recueillir des données scientifiques sur ces molécules pour les cancers de l'adulte ou de l'enfant. Ces essais, mis en place durant le premier semestre 2017, s'appuient notamment sur l'organisation des réseaux cancers rares labellisés par l'INCa.			

N°	Libellé	Responsable de l'action	Jalons terminés	État calculé de l'action
5.7	Faire évoluer les dispositifs d'évaluation des médicaments anticancéreux.	HAS; ANSM	6 sur 8 (75%)	Retard (moins de 3 mois)
	Responsables associés : CNAMTS; DGOS; DGS; INCa	Partenaires : DGRI		
	<b>Jalon</b>		<b>Fin prévue le</b>	<b>État du Jalon</b>
	Réunion des responsables : définition des objectifs, actions et premiers jalons		19/09/14	Terminé
	Première proposition de plan d'action et constitution d'un groupe d'experts		30/06/15	Terminé
	Elaboration des différentes étapes et validation du plan d'actions. Première réunion d'experts, recensement et revue des dispositifs existants		31/12/15	Terminé
	Identification des correspondants EU et remontée des propositions vers l'Europe		30/06/16	Terminé
	Deuxième réunion d'experts. Bilan de la réflexion intégrant la réflexion européenne		31/12/16	Terminé
	Finalisation du plan d'actions		30/06/17	Terminé

Jalon	Fin prévue le	État du Jalon
Rédaction de propositions	31/12/17	En cours - Retard (moins de 3 mois)
<p>Une étude de benchmark internationale conduite par l'INCa portant sur la définition de l'innovation médicamenteuse en cancérologie et les dispositifs facilitant son accès a été réalisée par le prestataire JALMA. Cette étude est terminée et elle est actuellement en cours de publication. Cinq axes stratégiques de réflexion ont été identifiés dans l'action 5.7 et vont être investigués. Une note récapitulative, sur les propositions d'actions en faveur de l'accès à l'innovation médicamenteuse en cancérologie, a été élaborée en février 2017. Ce document identifie les axes de réflexions, les propositions d'actions et les relais institutionnels en faveur de l'accès à l'innovation médicamenteuse en cancérologie.</p>		

N°	Libellé	Responsable de l'action	Jalons terminés	État calculé de l'action
5.8	Faire évoluer les dispositifs de valorisation des médicaments anticancéreux.	CEPS	7 sur 7 (100%)	Achevée
Responsables associés : CNAMTS; DGOS; DGS; DGRI		Partenaires : HAS		
<p>Suite à l'arrivée en janvier 2017, du nouveau président, Monsieur Planel, et du nouveau vice-président, Monsieur Sales, la mise en place de l'article 22 de l'accord-cadre signé en janvier 2016 sur la prise en compte accélérée des biosimilaires est prévue dans le cadre d'un Groupe de Pilotage des médicaments biosimilaires réunissant le LEEM et le CEPS. Ce groupe de travail s'est réuni pour la première fois dès janvier 2017 et plusieurs échanges techniques ont eu lieu avec le LEEM. Le CEPS s'engage à fournir une proposition de convention dans les 75 jours qui suivent l'avis de la CT. Les signataires s'engagent à établir par voie conventionnelle la doctrine de fixation des prix des biosimilaires et à l'inscrire dans un avenant à l'accord-cadre. La lettre d'orientation adressée le 17 août 2016 au Président du CEPS par les trois ministres de tutelle, a demandé au CEPS de publier dans le rapport 2016 une première doctrine de fixation et d'évolution des prix des biosimilaires, ce qui a été fait. Concernant les associations, la révision de la doctrine de tarification des médicaments anticancéreux a été élaborée et consiste à fixer le prix des associations à 1+1=1,1. Cette doctrine est actuellement en cours d'application.</p> <p>La campagne de révision des prix des médicaments utilisés dans le traitement du mélanome malin est en cours et une première baisse de Yervoy est intervenue. De nouvelles négociations vont démarrer pour les extensions d'indications de Keytruda. Le Conseil de l'Hospitalisation a été supprimé par le Décret n° 2015-1469 du 13 novembre 2015 portant suppression de commissions administratives à caractère consultatif. La gestion de la liste en sus est maintenant effectuée par l'administration centrale : DGS, DGOS et DSS. Les représentants de ces 3 directions informent régulièrement le CEPS. En conséquence, les trois dernières actions sont abandonnées. Cette mesure est considérée comme terminée.</p>				

N°	Libellé	Responsable de l'action	Jalons terminés	État calculé de l'action
5.9	Anticiper l'impact économique de l'innovation pour garantir son accès à tous dans la durée.	CEPS	3 sur 3 (100%)	Achevée
Responsables associés : CNAMTS; DGOS; DGS; DGRI		Partenaires : HAS		
<p>Le comité de suivi des études en vie réelle se réunit régulièrement tous les trimestres. Il réunit la HAS, l'ANSM et le CEPS (DGOS, DSS, DGS, CNAMTS). Son objet est d'articuler les demandes d'études en vie réelle effectuées par la CT et les demandes de données issues du CEPS. La forme la plus aboutie de ces demandes de données est l'élaboration d'un contrat de performance qui a été mis en oeuvre sur quelques dossiers ces deux dernières années. Une évaluation d'un contrat de performance mis en place pour un médicament anti-cancéreux a commencé et a montré les difficultés rencontrées (perdus de vue ; complexité du recueil et de la validation des données).</p> <p>La lettre d'orientation adressée le 17 août 2016 au Président du CEPS par les 3 ministres de tutelle définit 4 critères d'application du contrat de performance :</p> <p>Il est fortement recommandé de les limiter au besoins thérapeutiques non couverts, d'obtenir des garanties d'exécutions et de ne pas faire porter le risque financier sur l'Assurance maladie. A ce jour, aucun nouveau contrat de performance n'a été signé en raison d'une réticence commune au CEPS et aux industriels dûe aux difficultés d'acquisition et de validation de données, malgré un coût élevé de mise en place des études. Après analyse des contrats existants le comité est défavorable à de nouvelles mise en oeuvre de contrats du type « prix conditionnel ».</p> <p>Il persiste une place pour des contrats du type « satisfait ou remboursé » sur la base de données cliniques quand le recueil de celles-ci est envisageable dans les conditions prescrites par la lettre d'orientation ministérielle et que l'industriel en accepte la charge. A ce jour un contrat de ce type est opérationnel pour un médicament anticancéreux (IMNOVID CELGENE).</p>				

N°	Libellé	Responsable de l'action	Jalons terminés	État calculé de l'action
5.10	Lutter contre les inégalités d'accès aux médicaments et les pertes de chance.	DGOS	3 sur 3 (100%)	Achevée
Responsables associés : ANSM; INCa		Partenaires : DGOM		
<p>L'enjeu de meilleure prise en compte de l'innovation dans les médicaments facturables en sus des prestations hospitalières, a donné lieu en début d'année 2015 à une révision de la dernière recommandation, datant du 18 novembre 2010, relative à la liste des médicaments facturables en sus.</p>				

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

N°	Libellé	Responsable de l'action	Jalons terminés	État calculé de l'action
5.11	Clarifier le processus de repérage et d'évaluation des innovations technologiques et des évolutions organisationnelles qu'elles engendrent.	DGOS	3 sur 11 (27%)	Retard (plus de 9 mois)
	Responsables associés : INCa; DGRI; IIMU cancer; IIMU Technologies pour la santé	Partenaires :		
	<b>Jalon</b>		<b>Fin prévue le</b>	<b>État du Jalon</b>
	Conception du Comité de Veille Technologique (CVT) et définition du périmètre de la veille technologique		31/12/14	Terminé
	Ajustement du dispositif d'évaluation des actes et dispositifs médicaux : évaluation des consommables onéreux		30/05/15	En cours - Retard (plus de 9 mois)
	Ajustement du dispositif d'évaluation des actes et dispositifs médicaux : forfait innovation		30/06/15	Terminé
	Définition par le CVT des modalités de veille technologique sur la base des recommandations internationales, des bulletins et de la communication		30/06/15	En cours - Retard (plus de 9 mois)
	Poursuite du programme PREPS permettant d'évaluer des modalités organisationnelles innovantes		30/06/15	Terminé
	Déploiement des modalités de veille technologique définies par le CVT à l'ensemble des acteurs locaux (DRCl...)		31/12/15	En cours - Retard (plus de 9 mois)
	Production des premiers bulletins de veille par les acteurs locaux (phase pilote)		30/06/16	Non débuté - Retard (plus de 9 mois)
	Publication des premiers avis du CVT (phase pilote)		31/12/16	Non débuté - Retard (plus de 9 mois)
	Bilan intermédiaire de l'action du CVT dans le domaine cancer		31/12/17	Non débuté - Retard (moins de 3 mois)

Le calendrier de mise en oeuvre du jalon 5.11.1 a été décalé en raison d'un travail exploratoire initial sur différentes options permettant d'organiser la veille nationale et internationale souhaitée. La nomination d'un Délégué ministériel à l'innovation en santé (Pr J.Y. Fagon) par la Ministre en charge de la santé est intervenue en janvier 2016. Parmi ses missions figure l'organisation d'une veille, la formalisation de modèles d'évaluation excédant la sécurité et l'efficacité des technologies de santé, donc incluant les impacts organisationnels. La délégation ministérielle à l'innovation en santé (DieS) constitue désormais le guichet d'accueil au sein du ministère pour les porteurs de projets innovants (toutes thématiques confondues y compris le domaine du cancer) afin de les accompagner dans la mise en place et le développement de leur idée innovante dans le domaine de la santé. Les porteurs de projets innovants peuvent contacter le Pôle d'analyse et orientation des projets innovants (PAOPI) - <http://solidarites-sante.gouv.fr/systeme-de-sante-et-medico-social/recherche-et-innovation/innovation-en-sante/article/projets-innovants-le-ministere-vous-accompagne> - pour une prise de rendez-vous afin de les accompagner dans la mise en place et le développement de leur idée innovante dans le domaine de la santé. Le bureau PF4 « Innovation et recherche clinique » de la DGOS travaille en lien étroit avec la Délégation et peut être associé aux entretiens personnalisés afin de les orienter, le cas échéant, vers l'un ou l'autre des dispositifs de soutien publics existants, en fonction de la nature et du niveau de maturité de la technologie.

L'information des professionnels (jalon 5.11.2) relative aux dispositifs existants d'évaluation (projets de recherche, gestion dynamique du RIHN, forfait innovation - ces deux derniers ayant été considérablement remaniés et précisés en 2015) est effective depuis 2015. Le forfait innovation est aujourd'hui plus lisible et opérationnel comme en témoigne l'augmentation du nombre de dossiers déposés constatée depuis la fin de l'année 2016 (9 dossiers déposés depuis novembre 2016). Il s'agit d'un signal positif d'appropriation du dispositif par les acteurs concernés. Le RIHN bénéficie également d'une visibilité accrue avec la création fin 2016 d'une commission d'évaluation scientifique rassemblant des experts des disciplines de biologie médicale et d'anatomopathologie. Cette commission d'évaluation scientifique a vocation à examiner la pertinence scientifique des inscriptions de nouveaux actes au sein du RIHN. Par ailleurs, au cours de l'année 2017, l'ensemble de ces dispositifs de soutien à l'innovation a fait l'objet d'actions d'information et d'échanges pédagogiques auprès des professionnels et des industriels

Le programme PREPS est poursuivi (campagne 2016), sans nécessité de créer un programme spécifique pour le cancer, le PREPS actuel couvrant d'ores et déjà pleinement ce besoin. De même, en accord avec l'INCa, le programme de recherche médico-économique (PRME) dédié au cancer a laissé la place en 2017 à un seul PRME ouvert au cancer. Ainsi pour la campagne 2017, parmi les 35 projets de PRME examinés à l'étape de présélection sur lettre d'intention, 11 d'entre eux (environ 30%) relevaient du domaine du cancer. Six d'entre eux ont été présélectionnés et leurs dossiers complets seront examinés en jury de sélection en novembre 2017.

La nomination en décembre 2016 de référents Recherche & Innovation dans toutes les ARS avec le concours du SG MASS marque la volonté de l'Etat de poursuivre son action d'information et d'organisation en matière d'innovation technologique et organisationnelle. Il s'agit notamment d'organiser, de sécuriser et de diffuser les résultats des efforts d'évaluation conduite par les établissements de santé (HTA). Ce travail, conduit par la DGOS, en lien avec la HAS et la Délégation ministérielle à l'innovation en santé, ainsi qu'avec l'ANAP, vise à obtenir des résultats robustes et rapides s'agissant de l'efficacité et de l'efficience des innovations mises en oeuvre, et aussi des stratégies de prise en charge plus anciennement connues.

N°	Libellé	Responsable de l'action	Jalons terminés	État calculé de l'action
5.12	Accélérer le processus de tarification des actes et traitements innovants pour un accès plus rapide.	DSS	5 sur 5 (100%)	Achevée
	Responsables associés : CNAMTS; DGOS; HAS	Partenaires :		
	Le décret d'application de la loi de santé est paru au Journal Officiel le 18 février 2015.			

N°	Libellé	Responsable de l'action	Jalons terminés	État calculé de l'action
5.13	Accompagner les projets de valorisation des innovations technologiques en imagerie, chirurgie et robotique, et dans les nouvelles sources biophysiques, conformément au contrat de la filière Industries et technologies de santé.	ITMO Technologies pour la santé	5 sur 6 (83%)	Retard (moins de 3 mois)
	Responsables associés : DGOS; DGS; DGRI	Partenaires :		
	<b>Jalon</b>		<b>Fin prévue le</b>	<b>État du Jalon</b>
	Mise en place de deux domaines de valorisation dans le cadre du Consortium de valorisation d'Aviesan : innovation thérapeutique, dispositifs médicaux		31/12/14	Terminé
	Identification de la propriété intellectuelle		30/06/15	Terminé
	Mise en place d'un processus d'identification des projets d'imagerie, de robotique, de chirurgie et de biophysique à soutenir.		31/12/15	Terminé
	Analyse des brevets et études du marché potentiel		30/06/16	Terminé
	Actions auprès des SATT et des industriels		31/12/16	Terminé

Jalon	Fin prévue le	État du Jalon
Proposer un vademecum positionnant le long du parcours de développement les acteurs susceptibles d'intervenir dans le soutien de projets innovants	31/12/17	Non débuté - Retard (moins de 3 mois)
<p>L'identification de nouveaux projets, de la propriété intellectuelle associée et des marchés visés est toujours, en cours au fil de l'eau. Les actions auprès des SATT et des industriels ont commencé à se structurer et prendre de l'ampleur, en corrélation avec la reconnaissance croissante du CVT dans l'écosystème de soutien à l'innovation dans le domaine de la santé. A titre d'exemple, une analyse portant sur les nanoparticules radiosensibilisantes a conduit à la publication en juin 2016 d'un document de synthèse sur leur usage en radiothérapie.</p>		

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

Indicateur	Valeur	Date	Rappel cible
Délai médian de rendu de résultat pour tout test de génétique constitutionnelle Source : Laboratoires d'oncogénétique	168	31/12/16	40   31/12/18
Nombre de patients bénéficiant d'une analyse complète du génome tumoral Source : Structures de séquençage identifiées	0	31/12/15	50 000   31/12/18
Nombre de patients bénéficiant d'un test moléculaire de recherche de mutation prédisposant au cancer Source : Laboratoires d'oncogénétiques	28 304 cas index testés et 10 302 apparentés 38 606	31/12/16	75 000   31/12/18
Nombre de tests réalisés sur les personnes atteintes d'un cancer de l'ovaire au stade métastatique Source : Dispositif d'oncogénétique	1 794	31/12/16	4 500   31/12/18
Nombre de tumeurs analysées sur un panel de 100 gènes pour lesquels on dispose de la thérapie ciblée Source : Plateformes de génétique moléculaire	34 000	31/12/16	60 000   31/12/18

### Sous objectif : Permettre un accès large au diagnostic individualisé

N°	Libellé	Responsable de l'action	Jalons terminés	État calculé de l'action
6.1	Faire évoluer le dispositif d'oncogénétique et améliorer son accès.	INCa	9 sur 15 (60%)	Planning respecté
	Responsables associés : DGOS	Partenaires : ARS		

6.1.1 - Faciliter l'accès de tous au dispositif d'oncogénétique.

- "Oncogénétique : consultations et laboratoires en 2016 ; Suivi en 2015 et 2016". Jalon : publication en décembre 2017.  
 - Modélisation des consultations d'oncogénétique : durée globale du parcours, durée de chaque étape, ressources humaines dédiées, différenciation en fonction de la personne qui consulte (cas index, cas index complexe, apparenté). Jalons : travail en cours de finalisation, 1e éléments factuels disponibles en septembre 2017, publication prévue au cours du 1e trimestre 2018.

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

Des actions visant à optimiser l'orientation vers l'oncogénétique des patients potentiellement concernés par un syndrome de Lynch ont été engagées en 2014 et sont en cours de finalisation :

- Dans un contexte de suspicion de syndrome de Lynch, rédaction de "bonnes pratiques des tests somatiques recherchant une déficience du système MMR dans les tumeurs". Jalon : publication en juin 2016.  
 - Plaquette d'information à destination des professionnels et renforcement des interactions entre les professionnels concernés au sein des régions. Jalons : travail en cours, publication prévue au cours du 1e semestre 2018.

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

L'arrivée sur le marché des inhibiteurs de PARP, constituant l'unique alternative médicamenteuse pour des patientes atteintes d'un cancer de l'ovaire en situation de rechute et porteuses d'une mutation BRCA, impacte l'organisation de la génétique oncologique en France. Dans ce contexte, l'INCa a engagé plusieurs mesures visant à accompagner les structures et professionnels concernés :

- Soutien de 5 centres de criblage BRCA ayant pour objectif d'identifier le statut BRCA des patientes éligibles à l'inclusion dans l'essai clinique européen PAOLA1. Jalons : en 2 ans et demi, 1 180 patientes testées, 307 patientes identifiées comme porteuses d'une altération génétique BRCA, 806 inclusions (1e mai 2015 - 10 octobre 2017).  
 - Appui des autres équipes françaises afin de mettre rapidement en place l'analyse NGS des gènes BRCA sur prélèvement tumoral. Jalons : 10 équipes soutenues du 1e septembre 2015 au 31 août 2016, analyse des rapports d'activité finaux en décembre 2016.  
 - "Cancer de l'ovaire et inhibiteur de PARP : parcours des patientes en génétique oncologique". Jalons : publication en janvier 2017, poursuite des réflexions avec le groupe de travail mis en place (information des patients, consentement, téléconsultations ; analyse tumorale et voie de signalisation HRD ; parcours des patients ; nouvelles localisations : sein, prostate, pancréas).

N°	Libellé	Responsable de l'action	Jalons terminés	État calculé de l'action
6.2	Conforter l'accès aux tests moléculaires.	INCa	6 sur 10 (60%)	Retard (moins de 3 mois)
	Responsables associés : DGOS	Partenaires : HAS; ARS		
	<b>Jalon</b>	<b>Fin prévue le</b>	<b>État du Jalon</b>	
	Réalisation d'une enquête sur les délais de réalisation des tests moléculaires dans les plateformes de 5 ARS.	31/08/14	Terminé	
	Réalisation d'une enquête sur l'accès aux tests moléculaires auprès des oncologues prescrivants des traitements par chimiothérapie	31/12/14	Terminé	
	Procédure d'inscription à la nomenclature des tests en sortie de référentiel BHN opérationnelle	31/12/15	Terminé	
	Résultats de l'étude sur l'impact économique du recours aux techniques de NGS ciblé	31/12/15	Terminé	
	Conclusion du groupe de travail sur la pharmacogénétique	31/01/16	Terminé	
	Adaptation des financements des plateformes au NGS ciblé	30/11/16	Terminé	
	Prise en compte des techniques de séquençage de l'exome dans les modalités de financement des tests moléculaires	30/11/17	En cours - Retard (moins de 3 mois)	

Deux enquêtes prospectives ont été réalisées dans 5 régions pilotes avec les ARS correspondantes pour évaluer l'accès des patients aux tests moléculaires sur le territoire. Les résultats des enquêtes ont été publiés en 2016 et ont notamment montré que le délai médian de réalisation d'un test est de 18 jours. Par ailleurs, 91% des patients pour lesquels un test moléculaire est recommandé en ont effectivement bénéficié, sans qu'il ne soit constaté de disparités territoriales.

Les actions relatives à l'implémentation des techniques d'analyses de l'exome tumoral en pratique clinique sont désormais intégrées au Plan France Médecine Génomique. Par conséquent, le jalon 2017 pour la "réalisation d'une étude de coût de l'implémentation de cette technologie" et pour la "Prise en compte des techniques de séquençage de l'exome dans les modalités de financement des tests moléculaires" sont désormais réalisés dans le cadre de ce Plan.

Le RIHN est entré en vigueur en mars 2016. Celui-ci inclut notamment de nouveaux actes pour le NGS en génétique somatique et constitutionnelle. Par ailleurs, l'étude médico-économique sur le coût du NGS ciblé est terminée. Une publication des résultats de l'étude est en cours de préparation.

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

N°	Libellé	Responsable de l'action	Jalons terminés	État calculé de l'action
6.3	Mettre en œuvre dès 2014 des essais cliniques incluant l'analyse de l'exome tumoral sur 3 000 patients atteints de cancers du sein, cancers du côlon, cancers du poumon et sarcomes pour démontrer la faisabilité à grande échelle de ces approches et leur utilité dans la prise en charge des patients.	INCa; ITMO cancer; Aviesan	4 sur 6 (67%)	Retard (moins de 3 mois)
Responsables associés :		Partenaires : Fondation ARC; HAS		
<b>Jalon</b>			<b>Fin prévue le</b>	<b>État du Jalon</b>
Ouverture aux inclusions des essais SAFIRO2 sein et poumon (séquençage ciblé)			31/12/14	Terminé
Autorisation de nouveaux essais guidés par la génomique avec séquençage de l'exome			31/12/15	Terminé
Mise en place du programme MULTIPLI dans le cadre du Plan Médecine Génomique			01/01/16	Terminé
Ouverture aux inclusions de nouveaux essais guidés par la génomique avec séquençage de l'exome			31/12/16	Terminé
Premières inclusions dans les essais MultiSarc et Acomplì			31/12/17	Non débuté - Retard (moins de 3 mois)
<p>Les essais Safir02-Breast et Safir02Lung sont ouverts aux inclusions depuis mars 2014 pour les cancers du sein et du poumon. Ils ont recours au NGS ciblé.</p> <p>Le pilotage des essais cliniques guidés par la génomique portant sur le côlon et les sarcomes a été transféré à l'Inserm en fin d'année 2015.</p> <p>Le projet pilote cancer « MULTIPLI » du Plan France Médecine Génomique 2025 comprend d'étudier l'exome entier et le RNA Seq de 2000 patients atteints de sarcomes et de cancer colique. Cet essai de médecine génomique cancer permettra de répondre à la faisabilité à grande échelle et à la proportion de patients qui auront pu bénéficier d'un traitement innovant grâce à la mise en place du séquençage.</p> <p>Par ailleurs, d'autres essais cliniques ouverts aux inclusions en France ont également recours au séquençage de l'exome : essais MOSCATO 01 et EXOMA par exemple.</p>				

N°	Libellé	Responsable de l'action	Jalons terminés	État calculé de l'action
6.4	Soutenir la mise en œuvre et la réalisation du séquençage à haut débit de l'ensemble des cancers à la fin du Plan.	INCa; Aviesan	4 sur 9 (44%)	Retard (plus de 9 mois)
Responsables associés : DGOS; ITMO cancer		Partenaires :		
<b>Jalon</b>			<b>Fin prévue le</b>	<b>État du Jalon</b>
Mise en place d'un groupe de suivi des projets de déploiement du séquençage de nouvelle génération en routine clinique			30/04/14	Terminé
Elaboration d'un guide de bonnes pratiques pour les analyses réalisées par des techniques de NGS ciblées			30/06/15	Terminé
Validation technique des projets de séquençage de l'exome tumoral dans le cadre des essais cliniques			31/12/15	Terminé
Achèvement du déploiement du NGS ciblé dans les plateformes et les laboratoires d'oncogénétique			31/10/16	Terminé

Jalon	Fin prévue le	État du Jalon
Définition de la stratégie de recours aux analyses par séquençage de l'exome vs séquençage ciblé sur un panel de gène	31/01/17	En cours - Retard (plus de 9 mois)
Mise en place des infrastructures pour le séquençage de l'exome en routine clinique et démarrage de l'activité	01/12/17	En cours - Retard (moins de 3 mois)
<p>Action 6.4.1 : En s'appuyant sur l'expérience acquise pendant cette phase pilote, le NGS a été déployé en 2015 dans l'ensemble des plateformes de génétique moléculaire et des laboratoires d'oncogénétique. Les financements de l'INCa ont permis de soutenir la phase de validation technique du NGS et le recrutement de bioinformaticiens au sein des équipes. Fin 2016 l'ensemble des laboratoires d'oncogénétique ont achevé la transition vers le NGS. Le déploiement du NGS dans les plateformes de génétique moléculaires de cancer s'est poursuivi et en 2016, 27 des 28 plateformes de génétique moléculaire ont transféré une partie de leur activité sur des techniques de NGS ciblé sur un panel de gènes. Ceci a permis d'analyser le tumeur de plus de 34 000 patients en 2016 contre 14 000 en 2015.</p> <p>Action 6.4.2 : Les actions relatives à l'implémentation des techniques d'analyses de l'exome tumoral en pratique clinique sont désormais intégrées au Plan France Médecine Génomique. Par conséquent, les jalons 2017 pour la définition d'une stratégie de recours au séquençage de l'exome et pour la mise en place d'infrastructures pour le séquençage de l'exome sont totalement intégrées à ce plan.</p> <p>La mise en place des conditions d'analyse complète du génome est réalisée par l'ITMO cancer dans le cadre de deux mesures du Plan France Médecine Génomique : - Mesure 1 : Doter le pays des capacités en séquençage très haut débit. Les deux premières plateformes de séquençage ont été sélectionnées en juillet 2017 pour un démarrage de l'activité en 2018. - Mesure 5 - essai pilote cancer Multipli : Cet essai clinique doit permettre de séquencer la tumeur de 2000 patients d'ici à 2020.</p> <p>Action 6.4.3 : Des documents ont été publiés pour accompagner la mise en place de démarches qualité dans le cadre du NGS. Il s'agit notamment d'un document lié à la validation de méthodes selon les normes de qualité existantes, ainsi que d'un document visant à harmoniser le retour des résultats d'analyse par NGS aux oncologues.</p>		

N°	Libellé	Responsable de l'action	Jalons terminés	État calculé de l'action
6.5	Générer et comprendre les grandes données.	Aviesan	3 sur 5 (60%)	Planning respecté
Responsables associés : INCa; DGRI		Partenaires :		
<p>Le Premier Ministre a confié en avril 2015 au Président d'Aviesan la mission de déterminer les conditions nécessaires pour permettre le séquençage du génome entier en routine et de donner des recommandations sur l'organisation de l'infrastructure du séquençage, d'acquisition, de gestion et d'analyse de données. Cette mission dépasse le seul cadre du cancer et l'action 6.5 du Plan cancer doit s'intégrer dans cette réflexion globale.</p> <p>Le Plan France Médecine Génomique 2025 a été lancé en juin 2016 et l'appel à projets pour l'identification des deux premières plateformes de séquençage à très haut débit a été lancé en décembre 2016. Les résultats sont attendus au début de l'été 2017 pour une mise en oeuvre opérationnelle en 2018.</p>				

N°	Libellé	Responsable de l'action	Jalons terminés	État calculé de l'action
6.6	Intégrer les études génomiques des cancers dans une vision scientifique globale de l'hétérogénéité des tumeurs et de leurs relations avec le stroma et le système immunitaire.	INCa; ITMO cancer; Aviesan	5 sur 11 (45%)	Planning respecté
Responsables associés :		Partenaires :		
<p>L'ITMO Cancer a publié début 2016 un nouvel appel à projets pour financer des projets de recherche dans le domaine de l'hétérogénéité fonctionnelle des relations cellulaires tumorales dans leur écosystème. Le but est de promouvoir la mise en place d'une importante quantité de ressources et de compétences afin de conduire des projets de recherche interdisciplinaires nécessitant la coopération d'équipes nationales provenant de domaines différents, comme la biologie cellulaire, la modélisation mathématique, la génétique et l'épigénomique, ou encore la mécanobiologie.</p> <p>Les lettres d'intention soumises ont été évaluées fin mai 2016, les porteurs de projets retenus se sont réunis en juin 2016 afin de permettre des échanges et finaliser des projets complets qui seront évalués en septembre 2016.</p> <p>Cette action ayant été reformulée en décembre 2015, les jalons initialement définis ne correspondent plus et sont donc abandonnés.</p> <p>Le symposium sur les résultats des projets ICGC France aura lieu en mars 2017 et en 2018.</p> <p>Le colloque international INCa-ITMO Cancer : Immunothérapie anti tumorale s'est tenu les 27 et 28 novembre 2017</p>				

N°	Libellé	Responsable de l'action	Jalons terminés	État calculé de l'action
6.7	Développer des algorithmes d'identification des anomalies moléculaires responsables des cancers et rendre prioritaires les projets visant à développer les outils d'aide à la décision thérapeutique dans le cadre du programme de recherche sur la performance du système de soins.	Aviesan	0 sur 0	Planning respecté
Responsables associés : DGOS; INCa; DGRI		Partenaires :		
<p>Dans le cadre du consortium international ICGC, plusieurs équipes françaises de bioinformatique ont développé des algorithmes pour identifier les anomalies moléculaires identifiées par séquençage du génome complet des tumeurs.</p> <p>Ces méthodes, développées dans le cadre de la recherche, vont désormais être transférées en routine clinique, en particulier dans le cadre du projet pilote cancer du Plan France Médecine Génomique 2025, le projet MULTIPLI. Les premières inclusions sont prévues au début de l'année 2018.</p> <p>Par ailleurs, l'INCa a financé, dans le cadre de l'appel à projets Européen FLAGERA JTC2016 les équipes françaises d'un projet de développement d'outils d'aide à la décision.</p>				

## II. PRÉSERVER LA CONTINUITÉ ET LA QUALITÉ DE VIE

### O 7 : ASSURER DES PRISES EN CHARGE GLOBALES ET PERSONNALISÉES

Indicateur	Valeur	Date	Rappel cible
Proportion de personnes, proches, professionnels ayant une connaissance de l'existence de la plateforme CancerInfo Source :	1 %	01/12/13	25 % 31/12/18
Proportion d'essais cliniques dont le protocole a été relu par un comité de patients et dont la fiche d'information a été mise à disposition Source : Comités des patients et Registre des essais cliniques (nombre d'essais ouverts et actifs sur la période)			%
Proportion d'essais cliniques dont les résultats sont publiés sur le registre des essais cliniques Source : Registre des essais cliniques			%
Taux de remise d'un programme personnalisé de l'après cancer (PPAC) aux personnes atteintes d'un cancer Source : Numérateur : 1er temps : Enquête annuelle INCa des tableaux de bord 3C/RRC (Réseaux régionaux de cancérologie) 2ème temps : Collecteur national des documents du parcours en cancérologie issus du DCC Dénominateur : PMSI (MCO et fichiers FichComp et RSFA) et SNIIR-AM	2,1 %	31/12/16	80 % 31/12/18
Taux de transmission du programme personnalisé de l'après cancer (PPAC) au médecin traitant Source : Numérateur et dénominateur: 1er temps : Enquête annuelle INCa des tableaux de bord 3C/RRC 2ème temps : Collecteur national des documents du parcours en cancérologie issus du DCC			100 % 31/12/18
Taux de transmission du programme personnalisé de soins (PPS) au médecin traitant Source : Numérateur et dénominateur: 1er temps : Enquête annuelle INCa des tableaux de bord 3C/RRC 2ème temps : Collecteur national des documents du parcours en cancérologie issus du DCC	68,9 %	31/12/16	100 % 31/12/18

#### Sous objectif : Fluidifier et adapter les parcours de santé

N°	Libellé	Responsable de l'action	Jalons terminés	État calculé de l'action
7.1	Garantir aux malades une orientation adéquate dès le diagnostic de cancer.	INCa	2 sur 5 (40%)	Retard (moins de 3 mois)
	Responsables associés : DGOS	Partenaires : ARS		
	<b>Jalon</b>	<b>Fin prévue le</b>	<b>État du Jalon</b>	
	Publication de la synthèse INCa des études réalisées sur les délais en cancérologie	31/12/14	Terminé	
	Enquête sur les délais de RDV pour une IRM	31/12/15	Terminé	
	Inclusion de la mesure des délais dans les critères d'agrément	31/12/17	Non débuté - Retard (moins de 3 mois)	

N°	Libellé	Responsable de l'action	Jalons terminés	État calculé de l'action
7.2	Adapter et renforcer le dispositif d'annonce.	INCa	1 sur 3 (33%)	Retard (de 3 à 9 mois)
Responsables associés : DGOS		Partenaires : LNCC (Ligue); ARS		
<b>Jalon</b>			<b>Fin prévue le</b>	<b>État du Jalon</b>
Mise en place groupe de travail sur l'adaptation du dispositif d'annonce (DA)			30/06/16	Terminé
Publication préconisation nationales sur le DA : Contenu et modalités de mise en oeuvre/intégration volet pédiatrique/prise en compte besoins populati			30/06/17	Non débuté - Retard (de 3 à 9 mois)
Les propositions d'évolution sur le dispositif d'annonce sont passées en commission des expertises à l'INCa en septembre 2017. Suite à cette commission, certaines modifications de forme ont été nécessaires et le travail de reformulation, complété par des verbatims des professionnels issus du groupe de travail, est actuellement en cours. Le référentiel devrait être publié au début d'année 2018				

N°	Libellé	Responsable de l'action	Jalons terminés	État calculé de l'action
7.3	Permettre à chacun de disposer de programmes personnalisés de soins et de l'après-cancer prenant en compte l'ensemble de ses besoins.	INCa	3 sur 5 (60%)	Retard (plus de 9 mois)
Responsables associés : DGOS		Partenaires : HAS; ARS; DGCS		
<b>Jalon</b>			<b>Fin prévue le</b>	<b>État du Jalon</b>
Note de cadrage travaux PPS			08/09/14	Terminé
Mise en place groupe de travail pour définition du contenu métier du PPS			31/03/15	Terminé
Définition du contenu minimum et démarche d'utilisation du PPS			30/06/15	Terminé
Mise en place groupe de travail pour définition du contenu métier du PPAC			30/06/16	Non débuté - Retard (plus de 9 mois)
Définition du contenu minimum et démarche d'utilisation du PPAC			31/12/16	Non débuté - Retard (plus de 9 mois)
La recherche bibliographique relative au PPAC a été en grande partie réalisée. Elle est néanmoins complexe compte tenu de l'étendue du sujet. Les équations de recherche documentaire sont donc multiples. Le PPAC, se plaçant dans la continuité du PPS et étant en quelque sorte son miroir pour l'après-cancer, il est donc nécessaire d'attendre la stabilisation des travaux relatifs à la mise à jour de la fiche métier du PPS avant d'initier les travaux sur le second. L'ASIP a publié en avril 2017 le volet opérationnel PPS dans le cadre de l'interopérabilité.				

N°	Libellé	Responsable de l'action	Jalons terminés	État calculé de l'action
7.4	Garantir au patient l'articulation entre l'hôpital et la ville à l'occasion de la consultation de fin de traitement.	DGOS	3 sur 7 (43%)	Retard (plus de 9 mois)
Responsables associés : INCa		Partenaires : LNCC (Ligue); ARS		
<b>Jalon</b>			<b>Fin prévue le</b>	<b>État du Jalon</b>
Analyse des leviers pertinents pour déploiement dans les organisations et les pratiques			30/06/15	En cours - Retard (plus de 9 mois)
Intégration de la problématique dans la réflexion CORETAH CANCER sur les évolutions du modèle de financement (cf. action 17.3)			30/06/15	Terminé
Intégration de cet enjeu dans l'expérimentation des IDEC (expérimentation DGOS/INCa - action 16.5)			01/07/15	Terminé
Intégration de la consultation de fin de traitement dans le modèle de financement en cours de construction en radiothérapie (expérimentation DGOS - action 17.5)			31/12/15	Terminé
Cadrage national du dispositif d'articulation ville-hôpital préconisé à l'issue des traitements hospitaliers (DGOS-INCa)			31/12/16	En cours - Retard (plus de 9 mois)

Jalon	Fin prévue le	État du Jalon
Elaboration de référents organisationnels (INCa)	31/12/16	En cours - Retard (plus de 9 mois)
Intégration de la problématique dans les travaux sur l'évolution du cadre juridique des autorisations, critères d'agrément et certification	31/12/16	En cours - Retard (plus de 9 mois)
<p>La consultation de fin de traitement fait partie intégrante des travaux engagés par la DGOS, avec l'appui de l'INCa, sur l'évolution des modèles d'organisation et de financement en cancérologie dans les champs en particulier de la radiothérapie, de la chimiothérapie et des soins de support.</p> <p>Le financement de la consultation de fin de traitement est pris en compte dans le nouveau modèle de financement de la radiothérapie arrêté en 2016, sur la base d'un financement forfaitaire en lien avec les différentes techniques de radiothérapie. Ce nouveau modèle sera mis en œuvre à blanc en début 2018, sans lui faire produire, dans cette phase transitoire, tous ses effets financiers. Cette période permettra de mesurer les effets revenus produits par ce nouveau modèle.</p> <p>S'agissant de la chimiothérapie orale, l'INCa a précisé les conditions de déroulement des consultations de fin de traitement dans son rapport d'expertise sur l'organisation de la prise en charge des patients atteints de cancer traités par chimiothérapie orale. Ces travaux donnent des indications précises de pratiques pour les professionnels.</p> <p>En outre, les objectifs de l'action 7.4 (le bon déroulement de la consultation de fin de traitement, ainsi que de façon générale l'articulation entre l'hôpital et la ville) sont très liés aux travaux actuellement conduits par l'INCa sur les évolutions des programmes personnalisés de soins et des programmes personnalisés de soins de l'après-cancer et sur le déploiement du dossier communicant de cancérologie. Ils en suivent logiquement le calendrier de mise en œuvre.</p> <p>Enfin, les enjeux associés à la fin des traitements (et de l'échange d'information entre acteurs hospitaliers et de ville à consolider à ce moment clé du parcours des patients) sont pris en compte dans l'expérimentation conduite par la DGOS et l'INCa sur le ""parcours personnalisé en cancérologie"" (action 16.5) avec 45 équipes participantes (35 hospitalières et 10 de ville). L'expérimentation consiste en la mise en place de postes d'infirmiers de coordination en cancérologie et son évaluation prochaine, notamment médico-économique, permettra de déterminer quels sont les organisations et les supports d'information les plus pertinents pour répondre à cet enjeu.</p>		

N°	Libellé	Responsable de l'action	Jalons terminés	État calculé de l'action
7.5	Structurer sous la responsabilité des ARS une organisation territoriale mobilisant les acteurs sanitaires, sociaux et médico-sociaux impliqués pour assurer une prise en charge globale et coordonnée.	SGMAS	8 sur 8 (100%)	Achevée
Responsables associés : DGOS; INCa; ARS		Partenaires : HAS; DGCS		

1/ Hospitalisation à domicile :

- Le rapport réalisé par la Haute Autorité de santé sur l'évaluation médico-économique de la chimiothérapie en iv et per os (HAD) à la demande de la DGOS a été publié en janvier 2015. Il a servi de base au lancement des travaux sur la réforme du modèle de la HAD (Hospitalisation à domicile) et sur la revalorisation tarifaire des prises en charge coûteuses en HAD.
- L'analyse du PMSI HAD par l'ATIH (réalisée depuis 2014). Des données annuelles sont disponibles. Elles ont été utilisées par le bureau R4 de la DGOS pour réaliser un état des lieux sur le développement de la chimiothérapie en HAD et une analyse au regard des autres modes de prise en charge.
- HAD/ESMS : L'évaluation de l'expérimentation de l'HAD dans les établissements et services sociaux et médico-sociaux (ESMS) de 4 régions a été conduite et a permis de dégager un certain nombre de propositions visant à renforcer le développement de l'HAD dans les ESMS. Le COPIL de cette expérimentation a été réuni en avril 2016. Une feuille de route est en cours d'élaboration.
- Application de la circulaire N°DGOS/R4/2013/398 du 4 décembre 2013 : rapport de la DGOS (bureau R4 « Prises en charge post aigües, pathologies chroniques et santé mentale ») a été fait sur le développement de la chimiothérapie en HAD en lien avec la circulaire. Des modes de prise en charge principaux (MPP) ont été définis. Ils sont mesurés annuellement en nombre de journées (13 Surveillance post-chimiothérapie anticancéreuse ; 5 Chimiothérapie anticancéreuse ; 17 Surveillance de radiothérapie)
- Puis INSTRUCTION N° DGOS/R4/2015/304 du 9 octobre 2015 relative à la mise en place d'un recueil d'information sur les traitements coûteux hors liste en sus consommés dans les établissements d'hospitalisation à domicile. Selon cette instruction, le recueil se fera sur la période de janvier 2015 à octobre 2015 pour les établissements et ARS, puis à partir du 1er mars 2016 pour l'ATIH.

Mai 2016 : les résultats du premier recueil FICHSUP 2015 ont été traités et analysés. Une enveloppe de 4M€ a été attribuée en C1 2016 au prorata de ces consommations (DGOS).  
Le recueil FICHCOMP a débuté au 1er mars 2016, celui-ci nous permettra d'associer les consommations des MO hors liste en sus aux séjours HAD.

2/ Etablissements et services sociaux et médico-sociaux :

- Accès au dépistage des personnes handicapées - cf. Action 1.7 du Plan cancer

Les principales actions concernant l'accès au dépistage des personnes handicapées ont été abordées par la CNH de 2014 et le CIH en 2013.

- Enquete sur l'accès aux soins des personnes handicapées (feuille de route du CIH et préparation de la conférence nationale du Handicap) :Terminée. Elle conclut que, qu'elles soient reconnues ou non, les limitations fonctionnelles font obstacle au recours au dépistage. Cette enquête a donné lieu à la publication

A la suite de cette enquête, rédaction du rapport de l'IRDES n° 560 • Juin 2015 : L'accès aux soins courants et préventifs des personnes en situation de handicap en France Tome 1 - Résultats de l'enquête Handicap-Santé volet Ménages et de l'INSTRUCTION N° DGOS/R4/DGCS/3B/2015/313 du 20 octobre 2015

- Bilan de l'expérimentation de conventions entre établissements de santé et les maisons d'accueil spécialisées et foyers d'accueil médicalisés (MAS-FAM) pour la prise en charge de personnes handicapées: il est demandé de supprimer ce jalon, compte tenu de la mise en place d'une feuille de route sur l'accès aux soins des personnes handicapées qui ne prévoit pas de faire un état des lieux des conventions signées entre des établissements de santé et des établissements et services médico-sociaux.
- Mai 2016 : un bilan a été réalisé (DGCS) auprès des ARS sur le dispositif des consultations dédiées et les autres actions mises en œuvre pour améliorer l'accès aux soins des personnes handicapées (cf. INSTRUCTION N° DGCS/SD3B/ 2016/41 du 5 février 2016 relative au questionnaire ayant pour objet la réalisation par les ARS d'un recensement des dispositifs offrant des solutions d'accueil et d'accompagnement des personnes handicapées vieillissantes)

3/ Service territorial de santé au public : Ce projet a disparu dans la dernière version de la loi de modernisation du système de santé et est remplacé par la Communauté professionnelle territoriale de santé.(cf. ASSEMBLÉE NATIONALE 13 mars 2015 AMENDEMENT N° AS1324).

4/ Soins de suite et de réadaptation :

- Intégration des SSR dans les éta de santé bénéficiaires de la prise en charge par l'assurance maladie des médicaments de la liste en sus (article 49 - PLFSS 2016)

De 2014 à 2016, les ES SSR ont été éligibles aux financements molécules onéreuses qui intégraient des molécules anticancéreuses. Un effort spécifique a été réalisé à compter de la campagne tarifaire 2016 : les crédits MO ont été multipliés par 5 pour atteindre 30 M€ et la liste des MO éligibles a été élargie, notamment en ce qui concerne la cancérologie aux inhibiteurs de tyrosine kinase.

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

N°	Libellé	Responsable de l'action	Jalons terminés	État calculé de l'action
7.6	Assurer une orientation adéquate vers les soins de support pour tous les malades.	INCa	5 sur 6 (83%)	Retard (moins de 3 mois)
	Responsables associés : LNCC (Ligue); ARS	Partenaires :		
	<b>Jalon</b>	<b>Fin prévue le</b>	<b>État du Jalon</b>	
	"Référentiel national de processus d'évaluation/orientation/accompagnement de patients en souffrance psychique": mise en place d'un groupe de travail	31/12/14	Terminé	

Jalon	Fin prévue le	État du Jalon
Rédaction du référentiel national des processus d'évaluation/orientation/ accompagnement de patients en souffrance psychique	31/12/15	Terminé
Proposition d'un panier de soins de support indispensables à la prise en charge sanitaire en cancérologie (INCa)	30/03/16	Terminé
Proposer un contenu minimum du volet SOS dans le PPS et PPAC en vue d'une intégration dans le DCC et définir modalités transmission info ville/hôpital	30/06/16	Terminé
Nourrir la réflexion sur organisation des prises en charge complexes dans le cadre de l'évolution des critères d'agrément (cf jalons actions 2.5- 2.8)	31/12/16	Terminé
Lancement d'une enquête sur les techniques de prise en charge de la douleur de l'enfant dans les centres spécialisés en oncopédiatrie	31/12/17	Non débuté - Retard (moins de 3 mois)
<p>Pour les soins oncologiques de support, se reporter à la fiche de l'action 7.7 actualisée.  Concernant la prise en charge de la douleur chez l'enfant, à ce stade, une enquête va être initiée par le SESSTIM (UMR 912 : Sciences économiques et sociales de la santé et traitement de l'information médicale) en lien avec le département Observation, Veille, Evaluation et le département Organisation et Parcours de Soins de l'INCa et portera sur les soins palliatifs enfants/adultes et traitera notamment le sujet de la prise en charge de la douleur chez l'enfant.</p>		

N°	Libellé	Responsable de l'action	Jalons terminés	État calculé de l'action
7.7	Améliorer l'accès à des soins de support de qualité.	DGOS	7 sur 11 (64%)	Retard (plus de 9 mois)
	Responsables associés : INCa	Partenaires :		
	<b>Jalon</b>	<b>Fin prévue le</b>	<b>État du Jalon</b>	
	Intégration de la problématique des soins de support dans les travaux du CORETAH CANCER visant à l'adaptation des organisations et modèles de financement en cancérologie	01/04/15	Terminé	
	Adaptation du financement des soins de support : remodelisation de la MIG qualité transversale	31/12/15	En cours - Retard (plus de 9 mois)	
	Cadrage des orientations nationales en termes de soins de support de cancérologie	31/12/15	Terminé	
	Création d'un groupe de travail ad hoc sur les soins oncologiques de support	31/12/15	Terminé	
	Intégration de la problématique "soins de support" dans la réflexion CORETAH Cancer	31/12/15	Terminé	
	Intégration des soins de support dans les travaux du CORETAH CANCER visant à l'adaptation des organisations et modèles de financement en cancérologie	31/12/15	Terminé	
	Réalisation d'un état des lieux des freins et leviers auprès des acteurs et partenaires institutionnels en cancérologie	31/12/15	Terminé	
	Examen des évolutions à apporter au régime d'autorisation concernant l'accès aux soins de support	30/06/16	En cours - Retard (plus de 9 mois)	
	Renforcement des soins de support proposés aux adolescents et jeunes adultes atteints de cancer: financement spécifique en 1ère circulaire budgétaire 2016 et parution d'un cadre national	01/07/16	Terminé	
	Intégration le cas échéant de modifications au régime d'autorisation concernant l'accès aux soins de support	30/06/17	En cours - Retard (de 3 à 9 mois)	
	Dans le cadre des travaux de réforme des autorisations, construction avec les acteurs des dispositions soins de support qui seront rendues opposables (groupe de travail prévu 2016-2017)	31/12/17	En cours - Retard (moins de 3 mois)	

La DGOS a consacré en 2015 des travaux spécifiques à l'enjeu d'évolution du financement des soins oncologiques de support. Une concertation approfondie avec l'ensemble des acteurs et professionnels de ce champ a été menée et a permis d'établir un état des lieux des leviers et freins au développement de ces soins.

L'INCa a rendu en juillet 2016 une expertise permettant d'identifier les soins de support prioritaires à mobiliser à l'appui des parcours cancer.

A partir de ces différents éléments, la DGOS et l'INCa ont élaboré une instruction destinée aux agences régionales de santé, parue le 23 février 2017, en vue de renforcer et d'adapter l'offre en soins oncologiques de support. Celle-ci porte, plus particulièrement, plusieurs ambitions :

- Organiser, tout d'abord, une plus grande lisibilité de l'offre en soins de support: celle-ci est encore trop souvent méconnue des acteurs, et il est important de diffuser la connaissance de ces ressources au travers de divers outils (répertoires régionaux de ressources par exemple);
- Elargir les prestations proposées aux soins "émergents" ( activité physique adaptée notamment)
- Mieux organiser l'offre en place en développant autant que possible les coopérations entre acteurs et la mutualisation de leurs moyens et en répondant à une situation actuelle marquée par de nombreux doublons et de fortes hétérogénéités;
- Clarifier les filières d'accès aux soins de support et mobiliser l'intégralité des ressources de l'offre de soins pour mieux répondre aux situations les plus complexes. Les groupements hospitaliers de territoire et leurs projets médicaux partagés seront un levier majeur à mobiliser.
- Impliquer davantage les professionnels de ville pour les soins réalisables en proximité : les acteurs de ville devront être soutenus pour monter en compétence et s'investir davantage dans la délivrance de ces soins, au plus près du domicile des patients.

Après une phase nécessaire de diagnostic régional, c'est ainsi un ensemble d'actions de court et de plus long terme qui s'engageront et permettront d'aboutir à une offre plus cohérente et davantage en phase avec les aspirations des patients.

Une réponse a par ailleurs été apportée , en 2016, aux besoins spécifiques en soins de support des adolescents et jeunes adultes atteints de cancer. L'organisation attendue au niveau de chaque région a été définie par une instruction nationale DGOS/INCa parue le 29 mai 2016. Son déploiement est favorisé par un financement spécifique d'un montant total de 1,3 millions d'euros. L'objectif est de parvenir à une meilleure coordination des acteurs autour des parcours AJA, de mieux répondre à leurs besoins en soins de support et à diversifier les soins ainsi proposés.

Enfin, un nouvel appel à candidatures pour la procédure de labellisation de recommandations et référentiels nationaux de bonnes pratiques a été lancé par l'INCa en mai 2017 et il comporte une thématique « fertilité et cancer ».

Les soins oncologique de support sont par ailleurs intégrés dans la nouvelle fiche métier du Programme Personnalisé de soins (PPS) développée par l'INCa, comme éléments indispensables à une prise en charge optimale et personnalisée de chaque patient.

N°	Libellé	Responsable de l'action	Jalons terminés	État calculé de l'action
7.8	Apporter des solutions de garde d'enfants pendant les rendez-vous médicaux et les traitements des parents.	DGCS	3 sur 4 (75%)	Planning respecté
	Responsables associés :	Partenaires : LNCC (Ligue)		
	Depuis la publication de la circulaire du 22 janvier 2015 relative à la généralisation des schémas départementaux des services aux familles, 93 schémas ont déjà été signés. La totalité des territoires devrait être couverte d'ici la fin de l'année 2017. Une étude qualitative menée en 2017 sur 9 départements qui avaient préfiguré la démarche dès 2014 permet de mieux comprendre les apports de la démarche en termes de dynamique partenariale, mais aussi les points de gouvernance ou de pilotage à améliorer. Elle a été présentée aux participants de la journée nationale des schémas départementaux des services aux familles, qui a eu lieu le 25 octobre dernier au ministère des Solidarités et de la Santé. La question du pilotage de ces schémas constituera un point important des discussions, dans le cadre des prochaines négociations avec la branche famille, pour élaborer la prochaine convention d'objectifs et de gestion ; la question de l'articulation des services aux familles, notamment les modes d'accueil du jeune enfant, avec d'autres politiques publiques, notamment la politique publique de santé, constitue un des axes de progression identifiés.			

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

N°	Libellé	Responsable de l'action	Jalons terminés	État calculé de l'action
7.9	Faciliter l'accès des personnes atteintes de cancer qui en ont besoin aux aides à domicile.	DGCS	4 sur 4 (100%)	Achevée
	Responsables associés : DGS; CNSA	Partenaires : LNCC (Ligue); ARS		
	Le décret relatif aux modalités d'application de l'article 90 de la LMSS (médiation sanitaire et interprétariat linguistique) a été publié : Décret n° 2017-816 du 5 mai 2017 relatif à la médiation sanitaire et à l'interprétariat linguistique dans le domaine de la santé . La HAS a publié en octobre 2017 une recommandation portant sur « La médiation en santé pour les personnes éloignées des systèmes de prévention et de soins ; Référentiel de compétences, de formation et de bonnes pratiques ».			

N°	Libellé	Responsable de l'action	Jalons terminés	État calculé de l'action
7.10	Mieux prendre en compte les besoins des aidants familiaux ou proches aidants.	DGCS	2 sur 2 (100%)	Achevée
Responsables associés : DGOS; CNSA		Partenaires : LNCC (Ligue); ARS		
Le soutien des aidants est un axe important des politiques en faveur des personnes handicapées, en perte d'autonomie ou atteintes de maladies chroniques qui est inscrit dans la feuille de route de la ministre des solidarités et de la santé et figure dans la stratégie nationale de santé. L'objectif est de reconnaître et préserver dans la durée l'implication des aidants, auprès des personnes âgées, des personnes handicapées ou des personnes atteintes de maladies chroniques, tout en limitant les effets négatifs de leur implication sur leurs revenus, leur vie professionnelle et sociale, leur état de santé et leur bien-être.				

N°	Libellé	Responsable de l'action	Jalons terminés	État calculé de l'action
7.11	Promouvoir l'accès à des solutions d'hébergement adaptées à l'évolution des prises en charge.	DGOS	3 sur 4 (75%)	Planning respecté
Responsables associés : DGS		Partenaires : LNCC (Ligue); DGOM		
La possibilité pour les établissements de santé de proposer un hébergement non médicalisé de proximité a été introduite par l'article 53 de la loi de financement de la sécurité sociale 2015, dans un cadre expérimental. Même si elle n'est pas spécifique au cancer, cette expérimentation inclura la réponse aux besoins exprimés dans le champ de la cancérologie. Sous l'égide de la DGOS, un groupe de travail a été mis en place en mai 2015 et s'est réuni à deux reprises pour définir les modalités pratiques de mise en œuvre de l'expérimentation. La HAS a par ailleurs rendu un rapport d'orientation en novembre 2015, sur les critères d'éligibilité des patients à un hébergement à proximité d'un établissement de santé, posant des garanties en termes de sécurité et qualité des parcours concernés. Sur la base de ces travaux, un décret en Conseil d'Etat en date du 12 décembre 2016 a défini les conditions de mise en œuvre de l'expérimentation.				
Suite à la publication le 2 février 2017 de l'arrêté d'appel à projet, 41 projets ont été sélectionnés au niveau national par arrêté du 6 juillet 2017. Les équipes reçoivent pour les trois années à venir un soutien financier spécifique leur permettant de mettre en place leur projet et de contribuer à l'évaluation de ce mode innovant d'hébergement en appui des prises en charge hospitalières. Une attention constante sera apportée, tout au long de l'expérimentation, aux garanties assurées aux patients. Les frais à leur charge ne pourront ainsi dépasser ceux qui leur sont appliqués pour un hébergement à l'hôpital. La personne hébergée pourra partager sa chambre avec un accompagnant ou, pour les patients mineurs, avec deux accompagnants. Enfin, la satisfaction des patients sera bien évidemment l'un des éléments majeurs pris en compte pour apprécier l'intérêt, à l'issue de la phase expérimentale, d'un déploiement plus large de ce dispositif.				

N°	Libellé	Responsable de l'action	Jalons terminés	État calculé de l'action
7.12	Ouvrir aux personnes atteintes de cancer les plus démunies l'accès à une offre élargie d'alternatives au domicile.	DGCS	5 sur 6 (83%)	Planning respecté
Responsables associés :		Partenaires : ARS		
« Les "lits halte soins santé" (LHSS) accueillent des personnes sans abri dont l'état de santé ne justifie pas ou plus une hospitalisation mais qui nécessite une prise en charge adaptée. Les "lits d'accueil médicalisés" (LAM) prennent en charge des personnes sans domicile atteintes de lourdes pathologies. Ces dispositifs qui répondent à un véritable besoin pour la prise en charge des personnes sans abri souffrant de pathologies diverses sont pérennisés à l'issue d'une phase d'expérimentation. 150 nouvelles places de LHSS et 200 places de LAM seront créées en 2017, sur 3 mois (cf. INSTRUCTION N° DGCS/SD5C/DSS/DGS/2017/142 du 27 avril 2017 relative à la campagne budgétaire pour l'année 2017 des établissements et services médico-sociaux accueillant des personnes confrontées à des difficultés spécifiques). Au 31/12/2017, 1496 LHSS et 510 LAM seront financés.				

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

N°	Libellé	Responsable de l'action	Jalons terminés	État calculé de l'action
7.13	Rendre accessible aux malades et aux proches une information adaptée.	INCa	5 sur 6 (83%)	Planning respecté
Responsables associés : LNCC (Ligue)		Partenaires : HAS; ARS		

N°	Libellé	Responsable de l'action	Jalons terminés	État calculé de l'action
7.14	Promouvoir le développement de programmes d'éducation thérapeutique des patients.	INCa	5 sur 10 (50%)	Retard (de 3 à 9 mois)
Responsables associés : DGOS		Partenaires : LNCC (Ligue); ARS; IReSP		
<b>Jalon</b>			<b>Fin prévue le</b>	<b>État du Jalon</b>
Lancement AAP éducation thérapeutique des patients sous chimio orale : cf. action 3.3			15/03/14	Terminé
Nutricancer (Education thérapeutique des patients atteints de cancers digestifs) lancement appel à projets			15/03/14	Terminé
AAP Nutricancer (ETP et cancers digestifs) : sélection des projets			31/12/14	Terminé
AAP ETP "traitements médicamenteux en soins oncologiques de support", notamment traitement de la douleur: lancement AAP			31/12/15	Terminé
Sélection des projets AAP ETP "traitements médicamenteux en soins oncologiques de support"			31/12/16	Terminé
Rapport de synthèse de l'AAP Nutricancer			30/06/17	Non débuté - Retard (de 3 à 9 mois)
Rapport de synthèse de l'appel à projets "Education thérapeutique des patients sous chimiothérapie orale": cf. action 3.3			30/06/17	Non débuté - Retard (de 3 à 9 mois)
L'AAP initialement intitulé "AAP ETP : traitements médicamenteux en soins oncologiques de support" a été renommé "ETP en soins oncologiques de support pour patients à domicile". Les 3 AAP lancés sur la thématique ETP feront l'objet d'une évaluation fin 2018.				

N°	Libellé	Responsable de l'action	Jalons terminés	État calculé de l'action
7.15	Soutenir des expériences de « patients ressources » bénévoles et évaluer l'apport et les conditions de leur participation à l'accompagnement des personnes atteintes de cancer.	LNCC (Ligue)	10 sur 14 (71%)	Retard (moins de 3 mois)
Responsables associés : DGS; INCa		Partenaires :		
<b>Jalon</b>			<b>Fin prévue le</b>	<b>État du Jalon</b>
Cadrage de la mise en œuvre de l'action (avec l'INCa et la DGS) et identification des associations susceptibles d'être partenaires de l'action.			31/12/14	Terminé
Etude sur la définition du patient ressource et création au sein de la Ligue d'un comité de pilotage pour étudier les modes de recrutement/formation			31/12/14	Terminé
Définition des profils de patients ressources pour l'accompagnement des malades et l'information des professionnels de santé.			30/06/15	Terminé
Identification des acteurs susceptibles de participer à une expérimentation : comités départementaux Ligue, établissements de soins / de formation			31/12/15	Terminé
Formaliser un document de référence sur le profil des patients ressources, le contenu pédagogique de leur formation et le suivi de leur intervention			30/06/16	Terminé
Sélection de 3 régions pour mener une expérimentation (avec l'INCa et la DGS)			30/06/16	Terminé
Information des établissements de santé ou de formation médicale des régions sélectionnées			31/12/16	Terminé
Recrutement des patients ressources des 3 régions en s'appuyant sur des comités départementaux de la Ligue. Formation de ces patients.			31/12/16	Terminé
Formalisation de la méthode d'évaluation des expérimentations (avec l'INCa et la DGS).			30/06/17	Terminé
Lancement de la phase 1 des expérimentations sur : annonce du diagnostic, annonce du programme personnalisé de soins, ambulatoire, radiothérapie			30/06/17	Terminé
Lancement de la phase 2 des expérimentations sur : retour à domicile, intercures, chimiothérapie orale, effets indésirables, séquelles à distance			31/12/17	En cours - Retard (moins de 3 mois)

3 régions pilotes ont été retenues pour mener les expérimentations :

- Grand Est
- PACA
- Pays de la Loire

2 types de formation sont proposées par la Ligue contre le cancer aux patients ressource : une formation de 2 jours pour les patients ressource témoins et une formation de 6 jours ( 3 fois deux jours) pour les patients ressource parcours.

Au 17/11/2017 : 93 patients ressource témoins, 19 modérateurs et 34 patients ressource parcours ont été formés, Un outil de suivi en ligne de l'activité des patients ressource a été mis en place et est alimenté par les patients ressource tout au long de la phase expérimentale. Un guide à l'attention des référents et des patients ressource a été réalisé. La 1ère phase d'évaluation avant mise en œuvre a été réalisée par un cabinet externe dans les établissements de santé volontaires (visites de terrain, focus groupe patients et enquête web), à raison de 3 établissements par région représentatifs de la diversité des établissements sur le territoire (centre de lutte contre le cancer, CHU, CH, cliniques privées). 9 visites ont donc été réalisées, les acteurs rencontrés sont : Direction, Présidence CME, Direction des soins, Direction de la politique avec les usagers, cadres de santé, oncologues, radiothérapeutes, cadre médicotechnique, IDE référente ETP, patients.

663 questionnaires d'évaluation à chaud des professionnels de santé ayant bénéficié du témoignage d'un patient ressource et 57 évaluations à chaud des patients ressource témoins ont été recueillies.

Des questionnaires "à froid", ont été adressés aux professionnels de santé 6 mois après avoir bénéficié d'un témoignage : 376 personnes contactées et 159 réponses.

L'ensemble des réponses sera analysé par le Cabinet EQR MAZARS.

le cabinet EQR a également mené des entretiens avec les personnes intervenant dans le processus de recrutement ( formateurs et psychologues), soit 19 personnes interrogées.

Les témoignages des patients ressource témoins et l'intervention des patient ressource parcours se poursuivront tout au long de l'année 2018, avec une évaluation en continue de leurs interventions.

N°	Libellé	Responsable de l'action	Jalons terminés	État calculé de l'action
7.16	Améliorer l'information sur les essais cliniques en cancérologie.	INCa	2 sur 3 (67%)	Planning respecté
	Responsables associés : LNCC (Ligue)	Partenaires :		
	7.16.1: Affichage des coordonnées des investigateurs et des promoteurs des essais cliniques sur le registre des essais cliniques permettant ainsi aux patients d'obtenir des informations sur les résultats des essais auxquels ils participent. 7.16.2: Tous les essais cliniques conduits comportent une fiche d'information remise aux patients. Par ailleurs l'INCa soutient la Ligue nationale contre le cancer, responsable de la mise en œuvre de la lecture des protocoles et des fiches d'information et ce, à la demande des promoteurs d'essais cliniques en cancérologie.			

## O 8 : RÉDUIRE LES RISQUES DE SÉQUELLES ET DE SECOND CANCER

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

N°	Libellé	Responsable de l'action	Jalons terminés	État calculé de l'action
8.1	Assurer l'accès à la préservation de la fertilité.	ABM	3 sur 8 (38%)	Retard (moins de 3 mois)
	Responsables associés : DGOS; LNCC (Ligue); INCa	Partenaires : ARS		
	<b>Jalon</b>		<b>Fin prévue le</b>	<b>État du Jalon</b>
	Analyse de l'offre : maillage territorial des centres AMP et des centres de prise en charge pour le cancer		30/06/15	Terminé
	Analyse quantitative et qualitative de l'activité de conservation des gamètes et tissus germinaux au niveau national et au niveau régional		30/06/15	Terminé
	Document livrable décrivant les Plateformes clinico-biologiques de préservation de la fertilité selon expertise sur mission, composition et fonctionnement		31/12/17	En cours - Retard (moins de 3 mois)
	Enquête auprès des oncologues et des patients (associations) en vue de définir les besoins d'information des patients et des professionnels		31/12/17	En cours - Retard (moins de 3 mois)
	Evaluation de la cible populationnelle pour préciser l'évaluation des besoins et développer un accès aux soins appropriés, sur les bases des données fournies par l'INCa		31/12/17	Terminé
	Le document modélisant les plateformes clinico- biologiques de préservation de la fertilité est en cours de finalisation au sein du groupe de travail. Une mise à jour du référentiel cancer et fertilité de l'AFSOS (2013) dans le cadre de la procédure de labellisation des référentiels nationaux et de recommandations de bonnes pratiques en cancérologie de l'INCa est envisagée, après réponse de l'AFSOS à l'appel à candidatures de la procédure de labellisation lorsque celui-ci sera publié.			

N°	Libellé	Responsable de l'action	Jalons terminés	État calculé de l'action
8.2	Structurer le suivi de long terme des enfants et adolescents.	INCa	1 sur 2 (50%)	Retard (plus de 9 mois)
	Responsables associés : DGOS; LNCC (Ligue)	Partenaires : ARS		
	<b>Jalon</b>		<b>Fin prévue le</b>	<b>État du Jalon</b>
	Concertation avec le groupe de travail cancéropédiatrie		31/12/15	Non débuté - Retard (plus de 9 mois)
	Déploiement de la plateforme d'observation des cancers pédiatriques Cohoper		30/06/16	Terminé
	Plusieurs éléments nous serviront de base de travail pour réaliser cette action : -des travaux sont initiés depuis plusieurs années au sein de la cohorte L.E.A, qui suit des personnes ayant eu une leucémie dans l'enfance et qui a formalisé leur suivi à long terme ; -les travaux réalisés dans le cadre du projet européen Cancoon nous permettront également un focus sur la population des enfants et des adolescents (« passeport pédiatrique en cancérologie »). Par ailleurs, la Ligue a soutenu plusieurs projets de recherche « enfants, adolescents et cancer » en 2016. Ces travaux seront en lien étroit avec ceux menés sur le PPAC à l'INCa dans le cadre de l'action 7.3. Le travail sur le suivi à long terme permettra notamment de mieux structurer le PPAC et de réfléchir à l'organisation des soins dans le cadre de ce suivi.			

N°	Libellé	Responsable de l'action	Jalons terminés	État calculé de l'action
8.3	Améliorer la prise en compte des séquelles physiques des traitements des cancers.	INCa	5 sur 8 (63%)	Retard (de 3 à 9 mois)
	Responsables associés :	Partenaires :		
	<b>Jalon</b>		<b>Fin prévue le</b>	<b>État du Jalon</b>

Jalon	Fin prévue le	État du Jalon
Mise en place groupe transversal INCa SELT (séquelles à long terme)	30/06/14	Terminé
Premier document de synthèse groupe SELT (séquelles à long terme)	31/12/14	Terminé
Lancement AAP PHRC soutenant des projets de recherche clinique portant sur les mécanismes de développement des lésions séquellaires après traitement	30/06/15	Terminé
Mise à disposition d'informations sur les séquelles à destination des MG via les guides parcours	31/12/15	Terminé
Chapitre consacré à prévention et prise en charge des séquelles dans recos européennes dans CANCON Survivorship	30/06/16	Terminé
Lancement enquête sur le rôle du premier recours dans suivi et prévention des SELT	30/06/17	Non débuté - Retard (de 3 à 9 mois)
Enrichissement des contenus Plateforme Cancer Info par des informations sur les séquelles, à destination des patients	31/12/17	En cours - Retard (moins de 3 mois)
<p>Les résultats des enquêtes VICAN 2 et VICAN 5 (publication début 2018) et des travaux européens réalisés dans le cadre de CANCON, vont être exploités.</p> <p>Les travaux pour enrichir le contenu de la Plateforme Cancer Info ont commencé avant le Plan Cancer actuel et iront au-delà de ce dernier car tous les guides par cancer contiennent un chapitre sur les effets indésirables à court, moyen et long terme, pour tous les traitements décrits dans chacun d'eux. Nous mettons ces guides à jour au fil des années et des évolutions dans les traitements.</p> <p>Dans l'absolu, il n'y a pas de date de fin pour cette action, tant que la collection sera diffusée par l'INCa.</p>		

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

N°	Libellé	Responsable de l'action	Jalons terminés	État calculé de l'action
8.4	<p>Systématiser l'accompagnement au sevrage tabagique des malades atteints de cancer.</p> <p>Responsables associés : INCa</p>	DGS	7 sur 12 (58%)	Retard (de 3 à 9 mois)
		Partenaires : MILDECA		
	<b>Jalon</b>		<b>Fin prévue le</b>	<b>État du Jalon</b>
	Inscription au PLFSS 2015 du forfait de remboursement des TNS à 150 euros		30/09/14	Terminé
	Etat des lieux sur la prévention du tabagisme des patients dans 20 établissements autorisés à prendre en charge des patients atteints de cancer (INCa)		31/12/14	Terminé
	Mise en œuvre du triplement du forfait d'aide au sevrage tabagique pour les patients atteints de cancer (ALD 30)		30/06/15	Terminé
	Rapport INCa sur le repérage systématique et le sevrage des patients fumeurs après tout diagnostic de cancer		30/06/15	Terminé
	Inscription systématisée de la consommation de tabac et de son suivi dans les nouveaux éléments du dossier du patient atteint de cancer (PPS)		30/12/15	Terminé
	Diffuser des outils d'aide à la pratique aux professionnels de santé concernés		31/12/16	Terminé
	Action spécifique de sensibilisation à la prévention de l'entrée dans le tabagisme des adolescents et jeunes adultes ayant ou ayant eu un cancer		30/06/17	En cours - Retard (de 3 à 9 mois)
	Diffuser des conseils de prévention auprès de patients atteints de cancer et en particulier sensibiliser aux bénéfices de l'arrêt du tabac		31/12/17	Terminé
<p>Le remboursement d'un forfait nicotinique de substitution à hauteur de 150 euros est disponible depuis mi 2015 pour les patients atteints de cancer.</p> <p>Pour permettre une intégration de l'arrêt du tabac dans le traitement des cancers, l'INCa a mis à disposition des professionnels de santé en mars 2016, un document d'aide à leur pratique. Sur cette base, un dépliant de sensibilisation pour les professionnels de santé spécialisés en cancérologie, une brochure destinée à l'information des patients et une fiche pratique spécifique pour les médecins traitants ont été élaborés et diffusés à l'automne 2016.</p> <p>Les travaux relatifs à l'inscription systématique de la consommation du tabac et de son suivi dans les nouveaux éléments du dossier du patient atteint de cancer sont terminés pour le PPS et en cours pour le PPAC. Ces travaux ont été réalisés à l'INCa pour le PPS en 2015. Le calendrier des travaux relatifs à l'inscription de l'organisation d'un accompagnement au sevrage tabagique dans les critères d'autorisation cancer, a été décalé à la suite de la mesure de simplification du régime des autorisations inscrite dans la loi du 26 janvier 2016. Le travail est en cours et doit aboutir à un nouveau référentiel pour 2018.</p>				

N°	Libellé	Responsable de l'action	Jalons terminés	État calculé de l'action
8.5	Mieux prendre en considération la consommation d'alcool des patients atteints de cancer et informer sur ses dangers.	INCa	1 sur 4 (25%)	Retard (plus de 9 mois)
Responsables associés : DGS		Partenaires :		
Jalon			Fin prévue le	État du Jalon
Inscrire dans les nouvelles recommandations de PEC la sensibilisation sur l'alcool et la réorientation vers les consultations d'addictologie si besoin			31/12/16	Terminé
Inscrire dans les nouvelles recommandations de prise en charge des cancers un message de sensibilisation à la réduction des consommations d'alcool			31/12/16	En cours - Retard (plus de 9 mois)
Informer mieux les professionnels de santé des méfaits de la consommation d'alcool après diagnostic de cancer (en lien avec les conseils diététiques)			30/06/17	En cours - Retard (de 3 à 9 mois)
<p>Les messages sur la consommation d'alcool des patients atteints de cancer doivent être en cohérence avec la réflexion menée sur les nouveaux repères de consommation (SpFrance/INCa). Un avis d'expert a été publié sur le sujet le 4 mai 2017.</p> <p>En outre, les informations relatives aux conduites addictives (telle qu'une forte consommation d'alcool) font partie des éléments à renseigner dans la nouvelle version du programme personnalisé de soins pour déclencher un accompagnement au sevrage.</p> <p>L'impact de la consommations d'alcool sur la qualité de vie ainsi que la morbi-mortalité des patients atteints de cancer a été évaluée dans le cadre d'une expertise initiée à l'INCa en octobre 2017 (traitant plus largement d'autres facteurs nutritionnels: alimentation, poids) et qui délivrera ses conclusions début 2019.</p> <p>L'ensemble de ces éléments permettront d'inscrire alors des messages clairs dans les recommandations de traitement et dans les guides patients.</p>				

N°	Libellé	Responsable de l'action	Jalons terminés	État calculé de l'action
8.6	Promouvoir chez les patients atteints de cancer l'activité physique et les comportements nutritionnels adaptés.	INCa	4 sur 6 (67%)	Retard (de 3 à 9 mois)
Responsables associés : DGS		Partenaires : ARS		
Jalon			Fin prévue le	État du Jalon
Inscrire le poids du patient comme un élément indispensable à renseigner dans les nouveaux éléments du dossier du patient (PPS/PPAC)			31/12/15	Terminé
Publication du rapport INCa sur les bénéfices de l'activité physique pour le patient atteint de cancer			31/12/15	Terminé
Définition des compétences des encadrants : propositions du groupe de travail piloté par la DGS			31/03/16	Terminé
Disposition sur la prescription d'activité physique par le médecin traitant dans la loi de santé			31/12/16	Terminé
Informer mieux les professionnels de santé sur les attitudes alimentaires, d'AP/sédentarité, de réduction de la consommation d'alcool à favoriser			30/06/17	En cours - Retard (de 3 à 9 mois)
<p>L'expertise scientifique sur les bénéfices de l'activité physique pratiquée pendant et après les traitements d'un cancer, les freins et les éléments facilitateurs de cette pratique a été publiée en mars 2017.</p> <p>D'autre part, parmi les éléments minimaux à renseigner dans le programme personnalisé de soins (PPS) des patients atteints de cancer, il est prévu dorénavant d'indiquer systématiquement le poids et l'état nutritionnel du patient ainsi que de préciser le besoin en accompagnement nutritionnel ou en reconditionnement physique/activité physique adaptée.</p> <p>Une réflexion sur les modalités d'intégration de l'activité physique dans le parcours de soins en cancérologie sera menée en 2018/2019 en cohérence avec les nouveaux éléments règlementaires et législatifs et en lien avec l'élaboration par la HAS de fiches pratiques pour la prescription de l'activité physique par les médecins pour les patients en ALD.</p> <p>Un travail d'expertise sur l'impact des autres facteurs nutritionnels (alimentations, poids, alcool) a été initié en octobre 2017 à l'INCa avec des conclusions prévues pour début 2019.</p>				

N°	Libellé	Responsable de l'action	Jalons terminés	État calculé de l'action
8.7	Favoriser l'observation et la recherche dédiée à la prévention des risques de second cancer.	Fondation ARC	6 sur 8 (75%)	Planning respecté
Responsables associés : INCa; IReSP		Partenaires :		

Cinq projets ont été financés dans le cadre de l'AAP et ont été mis en place fin décembre 2016. La durée de ces projets variant de 24, 36 à 48 mois, leur première évaluation interviendra respectivement à 12 mois pour le projet de 24 mois ou à 18 mois pour les projets de 36 et 48 mois.

Rappel des 5 projets financés, à parts égales entre la Fondation ARC et l'INCa:

ALLODJI Rodrigue (Gustave Roussy, Villejuif) - CHART (Cancer and HeAlth Risk assessment Tool): Prédiction du risque de maladies cardiovasculaires chez les personnes traitées pour un cancer de l'enfant pour promouvoir l'adoption de comportements favorables à la santé

309 000 € - 36 mois

ANOTA Amélie (CHRU Besançon) - APACaPOp : Evaluation des effets d'un programme d'Activité Physique Adaptée chez des patients ayant eu un Cancer du Pancréas Opéré

622 348 € - 48 mois

(Ancien projet BONNETAIN Franck)

KVASKOFF Marina (CESP, Villejuif) - Santé des patients atteints d'un premier cancer : connaissances fondamentales issues de grandes cohortes françaises pour le développement d'une stratégie de prévention tertiaire

634 410 € - 48 mois

NINOT Grégory (Laboratoire Epsilon, Montpellier) - Etude clinique évaluant l'effet d'un programme d'activité physique adaptée sur la survie sans maladie chez les survivants du cancer du côlon de stade II et III

64 248 € - 24 mois

TOUILLAUD Marina (Centre Léon Bérard, Lyon) - Systématiser l'activité physique pendant et après un cancer du sein : l'apport des objets connectés et de l'éducation thérapeutique

522 000 € - 48 mois

## O 9 : DIMINUER L'IMPACT DU CANCER SUR LA VIE PERSONNELLE

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

N°	Libellé	Responsable de l'action	Jalons terminés	État calculé de l'action
9.1	Améliorer l'accès aux aménagements pour le maintien de la scolarisation.	DGESCO	3 sur 7 (43%)	Retard (plus de 9 mois)
	Responsables associés :	Partenaires : LNCC (Ligue)		
	<b>Jalon</b>		<b>Fin prévue le</b>	<b>État du Jalon</b>
	Définition du cadre de la rénovation de la circulaire interministérielle relative aux projets d'accueil individualisé (PAI)		31/12/15	Terminé
	Sensibilisation des acteurs aux spécificités du cancer chez l'enfant		31/12/15	Terminé
	Création d'un groupe de travail pour rédiger la circulaire du nouveau PAI		30/09/16	Terminé
	Consultation des parties prenantes sur la base d'un premier projet de texte		31/01/17	En cours - Retard (plus de 9 mois)
	Information aux parents des dispositifs réglementaires en place, notamment sur l'accès aux aménagements pour le maintien de la scolarisation et notamment sur la gratuité du CNED après 16 ans.		01/09/17	En cours - Retard (de 3 à 9 mois)
	Information aux parties prenantes de l'éducation nationale des dispositifs réglementaires en place, notamment sur l'accès aux aménagements pour le maintien de la scolarisation et sur la gratuité du CNED après 16 ans.		01/09/17	En cours - Retard (de 3 à 9 mois)
	Publication de la circulaire		31/12/17	En cours - Retard (moins de 3 mois)
<p>Un projet d'accueil individualisé (PAI) permettant des aménagements de la scolarité dont le service d'assistance pédagogique à domicile (SAPAD), est essentiel pour la scolarité mais aussi pour la santé de l'enfant. Une nouvelle circulaire sur les PAI visant à inclure l'enfant en tant qu'élève et à maintenir le lien social quelles que soient les circonstances, tout en permettant les aménagements nécessaires au déroulement de sa scolarité, est en cours de préparation et paraîtra en 2018. Cette circulaire renouvellera la circulaire interministérielle de 2003 relative à l'accueil en collectivité des enfants et des adolescents atteints de troubles de la santé évoluant sur une longue période.</p> <p>La sensibilisation des acteurs aux spécificités du cancer chez l'enfant et un document à destination des professionnels de santé de l'éducation nationale est envisagé. La DGESCO a rencontré les représentants de la Ligue à cet effet.</p> <p>A destination des équipes éducatives, une information générale sur le cancer pourra accompagner, comme d'autres documents tels que celui sur l'épilepsie, le dossier PAI de chaque école ou établissement. Ce document sera élaboré après la publication de la nouvelle circulaire PAI pour contenir des informations actualisées.</p> <p>L'information des familles a débuté cette année dans le cadre du PES (parcours éducatif de santé) avec l'affichage des ressources internes et externes à l'école ou établissement. Certains documents comme le guide social ou la convention de scolarité partagée (Cf. information disponible sur le site du CNED : <a href="http://www.cned.fr/professionnels-formation/familles-itinerantes/convention-ecoles-colleges">http://www.cned.fr/professionnels-formation/familles-itinerantes/convention-ecoles-colleges</a>), contiennent maintenant l'information de gratuité du CNED pour motif médical, même après 16 ans avec l'avis favorable du médecin de l'éducation nationale. Dans le cadre du PES et du PAI, les parents seront informés que les personnels de santé de l'Éducation nationale, comme ils le font souvent, peuvent participer, avec leur autorisation et dans le respect du secret médical, à la démarche d'accompagnement de leur enfant en expliquant aux enseignants les répercussions liées à la maladie, aussi bien les absences répétées pour traitement que la fatigabilité liée à celui-ci.</p> <p>La publication de la circulaire est prévue pour juin 2018.</p>				

N°	Libellé	Responsable de l'action	Jalons terminés	État calculé de l'action
9.2	Veiller aux besoins de compensation liés à la maladie et aux traitements des cancers de l'enfant.	DGESCO	2 sur 2 (100%)	Achevée
	Responsables associés : CNSA	Partenaires : LNCC (Ligue)		

Les moyens de compensation pour la scolarisation des élèves atteints de maladie du cancer peuvent bénéficier :

- D'une scolarisation à l'hôpital : très bien assurée actuellement;
- D'un PAI permettant des aménagements de la scolarité : dont le SAPAD (service d'assistance pédagogique à domicile), essentiel pour la scolarité mais aussi pour la santé de l'enfant. Les PAI sont effectués autant que de besoin, à la demande de la famille, en concertation étroite avec le médecin de l'éducation nationale et sous la responsabilité du directeur d'école ou chef d'établissement;
- D'une scolarisation à distance par le CNED : de préférence en double inscription dans un établissement scolaire, afin de permettre à l'élève de garder et développer le lien avec sa classe, aussi bien élèves qu'enseignants;
- D'aménagements des conditions d'examens, en particulier conservation des notes, et/ou étalement des épreuves: les aménagements des conditions d'examen ont été réfléchis dans ce sens et adaptés à ces problématiques.

L'élaboration d'un dépliant sera étudiée pour présenter ces diverses possibilités et les mettre à disposition des services hospitaliers accueillant les jeunes concernés: pas encore élaboré, sera étudié en même temps que la circulaire relative aux PAI.

N°	Libellé	Responsable de l'action	Jalons terminés	État calculé de l'action
9.3	Sécuriser le parcours des étudiants atteints de cancer dans l'enseignement supérieur.	DGESIP	6 sur 6 (100%)	Achevée
Responsables associés :		Partenaires : LNCC (Ligue); INCa		
Le groupe de travail installé par la DGESIP a été mobilisé. La charte de collaboration entre les services de médecine et les structures handicap a été finalisée et sera envoyée à tous les services handicap et de médecine préventive des universités. Le texte d'information pour Cancer info a été transmis et publié.				

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

N°	Libellé	Responsable de l'action	Jalons terminés	État calculé de l'action
9.4	Parfaire l'offre de solutions adaptées à chaque situation personnelle des personnes atteintes de cancer.	DGEFP	5 sur 12 (42%)	Retard (plus de 9 mois)
Responsables associés : DGT		Partenaires : Pôle Emploi; LNCC (Ligue); CISS		
<b>Jalon</b>			<b>Fin prévue le</b>	<b>État du Jalon</b>
Identification des acteurs qui portent des dispositifs en faveur du maintien dans l'emploi et susceptibles d'appuyer les personnes atteintes de cancer			01/09/14	Terminé
Améliorer la connaissance des dispositifs mobilisables en faveur du maintien ou du retour à l'emploi des personnes atteintes de cancer			31/12/14	Terminé
Consultation du COMUP pour avis sur la cartographie			30/06/15	Terminé
Livraison d'un "guide" aux personnes atteintes de cancer pour les informer sur les dispositifs qui peuvent être mobilisés			31/12/15	Terminé
Diagnostic des modalités de prise en charge précoce pour le maintien dans l'emploi des personnes atteintes de cancer (dont bilan de l'existant)			30/06/16	Terminé
Etude des améliorations possibles de la prise en charge précoce pour le maintien en emploi (accès à la reconversion, adaptation du poste, horaires...)			31/12/16	En cours - Retard (plus de 9 mois)
Réflexion sur l'inscription de la problématique du maintien dans l'emploi dans les différents programmes nationaux (PRST, PRITH...)			30/06/17	En cours - Retard (de 3 à 9 mois)
Inventaire des conditions d'information des entreprises, des DRH, en associant les services de santé au travail et les partenaires sociaux (GT)			31/12/17	Non débuté - Retard (moins de 3 mois)
Dans le cadre de la mise en oeuvre de la convention nationale multipartite d'objectifs et de moyens pour l'emploi des travailleurs handicapés, les offres de services des différentes institutions intervenant dans le parcours de maintien en emploi des personnes en risque de désinsertion professionnelle en raison de leur état de santé ont été identifiées et mutualisées et des travaux en vue de la production de plusieurs outils sont en cours (réalisation d'une cartographie institutionnelle et élaboration d'un cadre de référence sur le maintien en emploi). Le schéma est désormais partagé par l'ensemble des partenaires du groupe de travail maintien. Chacun a produit des éléments destinés à alimenter le référentiel, les travaux sont lancés pour homogénéiser les écrits et constituer le premier jet de guide. La cartographie a été présentée au Comité des usagers et des professionnels de l'INCa le 15 décembre 2015 pour recueillir l'avis des usagers et professionnels et améliorer l'outil. Les remarques recueillies ont été partagées au sein du groupe. L'ensemble des fiches a été transmis au COMUP fin août 2016. La cartographie a été mise en ligne sur le site du ministère en charge du travail et de l'emploi à la fin du mois de novembre, chacun des partenaires réalisera un renvoi vers le lien depuis son site internet. Un plan de communication plus large, notamment pour toucher les professionnels de santé et les associations qui accompagnent les personnes est en cours de préparation avec les partenaires idoines. Les liens entre le PRITH et le PRST sont inscrits dans les engagements nationaux, leur construction est accompagnée dans les territoires.				

N°	Libellé	Responsable de l'action	Jalons terminés	État calculé de l'action
9.5	Responsabiliser l'entreprise dans toutes ses composantes sur l'objectif de maintien dans l'emploi ou la réinsertion professionnelle.	DGT	5 sur 8 (63%)	Retard (plus de 9 mois)
	Responsables associés : DGEFP	Partenaires : ANACT; AGEFIPH		
	<b>Jalon</b>		<b>Fin prévue le</b>	<b>État du Jalon</b>
	Signature de la convention Anact-CNAMTS-CNAV sur la prévention de l'usure professionnelle et l'emploi durable (expérimentations en entreprises)		01/07/14	Terminé
	Elaboration par l'ANACT d'un dispositif de sensibilisation, d'action en entreprise et d'échanges sur "maintien en emploi et cancer"		31/07/15	Terminé
	Préparation du PST3 et des PRST : GT "Maintien en emploi" et travail avec les DIRECCTE (Intégration de l'articulation avec le Plan cancer)		31/07/15	Terminé
	Recensement des acteurs relais vers l'entreprise du maintien en emploi (réseau RH) et auditions d'autres acteurs ( Défenseur des droits)		31/12/15	Terminé
	Lancement d'un GT DGEFP-DGT sur la faisabilité de l'extension du label "diversité"		31/07/16	En cours - Retard (plus de 9 mois)
	GT sur la diffusion aux acteurs de l'entreprise de ressources sur "maintien en emploi"		31/07/17	En cours - Retard (de 3 à 9 mois)
	Capitalisation et diffusion de bonnes pratiques et du savoir-faire sur "maintien en emploi". Publication d'un ouvrage "Agir sur le maintien en emploi"		31/12/17	Terminé
	Le recensement des acteurs relais a été facilité par la mise en place, par l'INCa, du club des entreprises, auquel est associée l'ANDRH. Il est à noter qu'au sein dudit club des entreprises, a été élaboré un document de type "charte" permettant de matérialiser les engagements pris par les entreprises signataires concernant le maintien en emploi des personnes atteintes de cancer. Aussi et surtout, une mission portant sur la question du maintien en emploi a été confiée, au 1er semestre 2017, à l'inspection générale des affaires sociales, visant notamment à mieux connaître, renforcer ou refonder le système d'acteurs dédié à cette problématique, aux fins d'assurer, au profit des travailleurs et des entreprises, l'information et la promotion des dispositifs existants pour en permettre la meilleure appropriation. Les travaux de la mission ont vocation à être rendus publics à la fin de l'année 2017.			

N°	Libellé	Responsable de l'action	Jalons terminés	État calculé de l'action
9.6	Progresser dans la coordination territoriale des différents acteurs qui interviennent pour le maintien dans l'emploi ou son accès.	DGEFP	5 sur 12 (42%)	Retard (plus de 9 mois)
	Responsables associés : DGT	Partenaires : Pôle Emploi; AGEFIPH; CNAMTS; LNCC (Ligue); MSA; CISS		
	<b>Jalon</b>		<b>Fin prévue le</b>	<b>État du Jalon</b>
	Identifier les actions des SAMETH et les conditions de leur mobilisation en lien avec l'AGEFIPH		30/06/14	Terminé
	Réaliser un état des lieux des actions conduites dans une approche pluridisciplinaire du maintien dans l'emploi		31/12/14	Terminé
	Inscrire dans les PRITH les démarches concertées de maintien dans l'emploi		30/06/15	Terminé
	Repérer les pratiques de territoires ayant mis en œuvre des démarches concertées des acteurs de la désinsertion professionnelle		31/12/15	Terminé
	Construire et déployer les expérimentations régionales dédiées à l'optimisation des dispositifs de droit commun		30/06/16	En cours - Retard (plus de 9 mois)
	Lancer des expérimentations sur 2 ou 3 territoires (sur la base du premier repérage opéré)		31/12/16	Terminé
	Etablir un diagnostic sur la réalité et les enjeux de la coordination (GT SST, CARSAT, DIRECCTE...)		30/06/17	En cours - Retard (de 3 à 9 mois)
	Décliner l'objectif de prévention de la désinsertion professionnelle dans les CPOM (SSTI, CARSAT, DIRECCTE)		31/12/17	Non débuté - Retard (moins de 3 mois)

Les conditions de mobilisation des Services d'appui au maintien dans l'emploi des travailleurs handicapés (SAMETH) sont clairement répertoriées. Les actions de maintien transparaissent dans les Plans régionaux d'insertion des travailleurs handicapés (PRITH), le bilan 2013 les valorise. Les démarches de prévention de la désinsertion professionnelle ont été présentées par les caisses d'assurance maladie et le régime social des indépendants. La mobilisation des PRITH sur la question a été assurée à l'occasion de la journée des PRITH qui s'est tenue le 30 septembre 2015. Des pratiques intéressantes ont été repérées et échangées. Le lien avec le plan santé au travail a été mis en avant dans ce contexte. Le groupe de travail de la convention multipartite a repéré les pratiques innovantes de prévention de la désinsertion professionnelle. Une étude a été conduite par un cabinet sur les territoires pour procéder à l'évaluation. Sa conduite et les résultats sont partagés au sein du groupe de travail maintien dans l'emploi de la convention multipartite. Des pistes d'amélioration sont partagées entre les acteurs, des propositions concrètes sont formulées.

La sécurisation du contrat de rééducation professionnelle en entreprise nécessite un texte de loi, des travaux préparatoires vont être lancés en interministériel.

N°	Libellé	Responsable de l'action	Jalons terminés	État calculé de l'action
9.7	Valoriser le travail réalisé sur le maintien dans l'emploi pour le faire connaître et le développer.	DGT	4 sur 9 (44%)	Retard (plus de 9 mois)
	Responsables associés : DGEFP	Partenaires : ANACT; CNAMTS; LNCC (Ligue); CISS; DGEFP		
	<b>Jalon</b>		<b>Fin prévue le</b>	<b>État du Jalon</b>
	Mobilisation dans le cadre de la Conférence nationale du handicap		01/10/14	Terminé
	Réflexion sur l'inscription dans le PST 3 des Assises nationales dédiées à l'emploi des personnes courant un risque de désinsertion professionnelle		31/03/15	Terminé
	Repérage de démarches concertées des acteurs de la désinsertion professionnelle sur l'offre de solutions adaptées à chaque situation personnelle		31/12/15	Terminé
	Identification des acteurs pertinents mobilisables		31/07/16	En cours - Retard (plus de 9 mois)
	Bilan des expérimentations et des bonnes pratiques recensées (expérimentations en régions, pratiques d'entreprises signalées par les acteurs relais...)		31/12/17	Terminé
	Les travaux dédiés à la préparation de la convention multipartite sur le handicap ont été l'occasion de consolider les liens entre les acteurs institutionnels sur le maintien en emploi et d'inscrire un nombre significatif d'actions dédiées à cette thématique dans le plan d'action élaboré dans ce cadre, dans le cadre duquel de nombreuses collaborations vont être développées. Par ailleurs, une enquête a été menée auprès des Directions régionales des entreprises, de la concurrence, de la consommation, du travail et de l'emploi (DIRECCTE), afin de prendre la mesure des actions menées sur le territoire au profit des personnes en risque de désinsertion professionnelle ainsi que, notamment, les manques et obstacles méritant d'être comblés. Le projet de manifestation inter-institutionnelle dédiée au maintien en emploi reste d'actualité. Son format définitif, restant toutefois tributaire des contraintes budgétaires impactant le budget de l'Etat, est actuellement en cours de réflexion.			

### Sous objectif : Atténuer les conséquences économiques du cancer

N°	Libellé	Responsable de l'action	Jalons terminés	État calculé de l'action
9.8	Permettre un meilleur accès aux revenus de remplacement en cas d'arrêt maladie.	DSS	3 sur 3 (100%)	Achevée
	Responsables associés :	Partenaires :		
	Le 4 juin 2015, la Direction générale de l'administration et de la fonction publique (DGAFP) a lancé un cycle de concertation sur la santé et la sécurité au travail dans la fonction publique. Le 6 octobre 2015, un groupe de travail a abordé les thématiques relatives aux accidents et maladies professionnels, la maladie, l'invalidité et le handicap. À cette occasion, la question de la modernisation de la gestion des droits à congés pour raison de santé a été abordée notamment pour une meilleure prise en compte des maladies chroniques et évolutives. En fonction des suites de cette concertation à l'horizon du 1er semestre 2016, un cycle de négociation sera éventuellement engagé.			

N°	Libellé	Responsable de l'action	Jalons terminés	État calculé de l'action
9.9	Atténuer les surcoûts pour la famille liés à l'accompagnement d'un enfant malade.	CNSA	3 sur 4 (75%)	Retard (plus de 9 mois)
	Responsables associés : LNCC (Ligue); INCa	Partenaires :		
	<b>Jalon</b>		<b>Fin prévue le</b>	<b>État du Jalon</b>

Jalon	Fin prévue le	État du Jalon
Démarrage de la formation des futurs formateurs pour l'introduction des éléments spécifiques aux cancers de l'enfant dans les formations à destination	01/12/14	Terminé
Interventions auprès des coordonnateurs d'EP, des référents d'insertion professionnelle et des correspondants de scolarisation	01/06/15	Terminé
Finalisation de la formation des futurs formateurs pour l'introduction des éléments spécifiques aux cancers de l'enfant dans les formations à destination	01/12/15	Terminé
Outillage des équipes pluridisciplinaires afin de faciliter et d'harmoniser la mise en place des liens avec les services sanitaires	01/06/16	En cours - Retard (plus de 9 mois)
Les travaux relatifs à la réalisation du dernier jalon de cette action ont débuté en juin 2017. Ils visent à harmoniser les évaluations des situations et à faciliter les échanges entre les MDPH et les services sanitaires par le biais de la diffusion de fiches pratiques destinées à un meilleur remplissage du formulaire de demande et du certificat médical ainsi qu'à une harmonisation des modalités de prise en compte de ces dossiers par les MDPH. Le groupe de travail réunit des représentants de l'UNAPECLE, de la SFCE, du RIFHOP, des équipes des centres d'oncologie pédiatrique, de l'INCa, de l'ADMDPH, de la DGCS et de la CNSA. Des réunions ont eu lieu le 21 juin, le 22 septembre et le 27 octobre. De nouvelles réunions sont prévues le 11 décembre puis en janvier et février 2018. Les travaux de conception des fiches devraient être terminés dans le courant du premier semestre 2018, leurs modalités de publication et de diffusion doivent encore être finalisées.		

N°	Libellé	Responsable de l'action	Jalons terminés	État calculé de l'action
9.10	Permettre un égal accès aux actes et dispositifs de reconstruction après un cancer.	DSS	3 sur 6 (50%)	Retard (plus de 9 mois)
Responsables associés : DGOS; ARS		Partenaires : HAS		
Jalon			Fin prévue le	État du Jalon
Décision UNCAM d'inscription de nouveaux actes à la CCAM pour la reconstruction mammaire : nouvelle indication pour la prise en charge l'acte de symétrisation mammaire			30/06/14	Terminé
Décision UNCAM d'inscription de nouveaux actes à la CCAM pour la reconstruction mammaire : reconstruction du sein par lambeaux cutanéograsseux libres			30/06/14	Terminé
Revalorisation de 6 actes de reconstruction mammaire (avenant 8 à la convention médicale)			01/01/15	Terminé
Définition du plan d'actions (en fonction des résultats des études d'état des lieux)			31/12/16	Non débuté - Retard (plus de 9 mois)
Etude et analyse de l'offre de soin répartie sur le territoire (DGOS avec la collaboration de l'ATIH)			31/12/16	En cours - Retard (plus de 9 mois)
Etude sur les dépassements d'honoraires et l'exercice libéral en secteur hospitalier (DGOS en lien avec la CNAMTS et la DSS)			31/12/16	En cours - Retard (plus de 9 mois)

N°	Libellé	Responsable de l'action	Jalons terminés	État calculé de l'action
9.11	Accroître la prise en charge des prothèses externes (capillaires et mammaires).	DSS	4 sur 6 (67%)	Retard (plus de 9 mois)
Responsables associés : HAS; CEPS		Partenaires : HAS		
Jalon			Fin prévue le	État du Jalon
Prothèses capillaires : Validation note de cadrage, et appel à candidature groupe de travail			31/12/14	Terminé
Prothèses mammaires : Publication au JO par le CEPS d'un avis de projet de nomenclature pour la révision des lignes génériques des prothèses mammaires			31/12/14	Terminé
Prothèses capillaires : Publication au JO par le CEPS d'un avis de projet de nomenclature pour la révision des lignes génériques des prothèses capilla			30/07/15	En cours - Retard (plus de 9 mois)
Prothèses capillaires : Publication d'un avis de la CNEDIMTS sur la révision des lignes génériques des prothèses capillaires inscrites à la liste des			30/07/15	Terminé
Prothèses capillaires : négociations tarifaires et publications de la nomenclature et avis tarifaires			30/08/15	En cours - Retard (plus de 9 mois)

Jalon	Fin prévue le	État du Jalon
Prothèses mammaires : négociations tarifaires et publications de la nomenclature et avis tarifaires	31/12/15	Terminé
<p>Afin de mieux prendre en charge les conséquences liées au cancer du sein, le remboursement de l'Assurance maladie a été élargi en 2014 en permettant la prise en charge de deux nouveaux actes à visée thérapeutique de symétrisation mammaire et en ouvrant au remboursement l'acte de reconstruction du sein par lambeau cutanéograisieux libre à pédicule perforant de l'abdomen avec anastomoses vasculaires (cet acte a été inscrit à la classification commune des actes médicaux et son tarif sera revalorisé au 1er janvier 2015). Ces prises en charges font suite aux évaluations et avis de la HAS : de juillet 2011 pour le lambeau (DIEP) et de juin 2012 pour la symétrisation.</p> <p>Pour les prothèses mammaires externes, l'ensemble des jalons prévus ont été réalisés. En effet, l'arrêté du 4 avril 2016 révisé les lignes génériques relatives aux prothèses mammaires externes. Le tarif de responsabilité de ces prothèses a ainsi été augmenté de 158% à 244% en fonction du type de prothèse dont relève la patiente, ce qui permet une meilleure prise en charge. Ces tarifs majorés ont par ailleurs été assortis d'un prix limite de vente (PLV), qui permettent quant à eux de limiter le reste à charge des patientes.</p> <p>S'agissant des prothèses capillaires, l'avis de la Haute Autorité de santé du 24 mars 2015 ouvre la voie à une révision de la nomenclature et des tarifs permettant ainsi d'envisager l'amélioration de leur prise en charge courant 2017.</p>		

N°	Libellé	Responsable de l'action	Jalons terminés	État calculé de l'action
9.12	Objectiver les restes à charge des personnes atteintes de cancer.	CNAMTS	2 sur 3 (67%)	Planning respecté
Responsables associés : DSS		Partenaires : LNCC (Ligue)		
<p>La CNAMTS a publié une étude sur les restes à charge des personnes en affection longue durée (ALD) pour tumeurs malignes afin d'objectiver les restes à charges en lien avec le cancer et ainsi lutter contre les inégalités devant la maladie.</p> <p>L'étude avait pour objet de s'interroger notamment sur la part des restes à charge (tickets modérateurs, forfaits journaliers, participations forfaitaires, dépassements d'honoraires) après l'intervention du régime général.</p> <p>L'étude constate des restes à charge élevés les deux premières années :  1565€ la première année d'un cancer sur 17 617€ de dépenses  931€ la deuxième année sur 15 226€ de dépenses  Des restes à charge stables la 3e année, mais élevés par rapport au groupe comparateur non ALD</p> <p>S'agissant de la cohorte, elle n'a pas été créée par la CNAMTS car il faut une étude complémentaire sur les restes à charge après la prise en charge par les mutuelles et assurances complémentaires. Ce périmètre sort du champ de la CNAMTS.</p>				

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

N°	Libellé	Responsable de l'action	Jalons terminés	État calculé de l'action
9.13	Instaurer un « droit à l'oubli ».	DSS	5 sur 5 (100%)	Achevée
Responsables associés : DGS; LNCC (Ligue); INCa; CISS		Partenaires :		
<p>L'avenant à la convention AERAS signé le 2 septembre 2015 par l'ensemble des parties à la Convention prévoit :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- La mise en place d'un « droit à l'oubli » au sens strict pour les malades du cancer dont le protocole thérapeutique relatif à cette pathologie est achevé depuis 15 ans. La loi de modernisation de notre système de santé ramène ce délai à 10 ans.</li> <li>- Pour les cancers diagnostiqués avant l'âge 15 ans, dits « cancers pédiatriques », ce délai est ramené à 5 ans. L'âge des cancers dits " pédiatriques" est relevé à 18 ans par la loi de modernisation de notre système de santé.</li> </ul> <p>Dans ces deux cas, aucune information médicale ne pourra être sollicitée par l'assureur et par voie de conséquence, aucune surprime ni exclusion de garantie ne pourra être appliquée au candidat à l'emprunt.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- L'élaboration d'une grille de référence listant des pathologies cancéreuses et des pathologies chroniques pour lesquelles les données de la science permettent d'accéder à l'assurance emprunteur aux conditions standard dans des délais inférieurs à 10 ans sous réserve de déclaration des antécédents de santé. En application de la loi de modernisation de notre système de santé, la grille de référence pourra également prévoir pour certaines pathologies, en fonction des progrès thérapeutiques, des données de la science et du progrès médical, des délais de « droit à l'oubli » stricto sensu, c'est-à-dire sans déclaration des antécédents de santé.</li> </ul> <p>La première grille de référence a été publiée le 4 février 2016 et recense six pathologies (cancer du col de l'utérus, cancer du sein, cancer de la thyroïde, cancer du testicule, mélanome de la peau et hépatite C).</p> <p>L'avenant du 2 septembre 2015 va être mis à jour dans les prochains mois afin d'intégrer les modalités et délais prévus par la loi n°2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé.</p>				

N°	Libellé	Responsable de l'action	Jalons terminés	État calculé de l'action
9.14	Harmoniser les questionnaires de santé et veiller à leur articulation avec les évolutions du droit à l'oubli.	DSS	0 sur 2 (0%)	Retard (plus de 9 mois)
Responsables associés : LNCC (Ligue); CISS		Partenaires :		
<b>Jalon</b>			<b>Fin prévue le</b>	<b>État du Jalon</b>
Mise en place d'un groupe de travail dédié à l'harmonisation des questionnaires de santé, pour faire suite aux propositions du groupe "droit à l'oubli			30/06/16	En cours - Retard (plus de 9 mois)
Les travaux de collecte des différents questionnaires de santé par pathologie sont désormais achevés. Le groupe de travail s'est réuni le 21 avril 2017 pour déterminer la méthodologie à adopter.				
Par ailleurs, le décret du 13 février 2017 précisant les modalités d'information des candidats à l'assurance-emprunteur lorsqu'ils présentent du fait de leur état de santé ou de leur handicap un risque aggravé oblige les organismes assureurs à délivrer systématiquement un document d'information sur les dispositifs AERAS (s'assurer et emprunter avec un risque aggravé de santé) simultanément aux questionnaires de santé. Ce document permettra à l'ensemble des candidats à l'assurance emprunteur de connaître leur droit en la matière.				

N°	Libellé	Responsable de l'action	Jalons terminés	État calculé de l'action
9.15	Clarifier le rôle des médecins traitants et développer l'accompagnement des candidats à l'emprunt pour le remplissage des questionnaires de santé.	DSS	3 sur 3 (100%)	Achevée
Responsables associés : LNCC (Ligue); CISS		Partenaires :		
La commission de Médiation AERAS a reçu la contribution du Conseil national de l'Ordre des médecins, sous la forme d'une circulaire actualisée sur la base des travaux menés dans le cadre du groupe de travail. Cette circulaire est désormais finalisée et diffusée.				

N°	Libellé	Responsable de l'action	Jalons terminés	État calculé de l'action
9.16	Suivre l'évolution de l'impact de la convention AERAS sur la durée du Plan.	DSS	2 sur 6 (33%)	Retard (moins de 3 mois)
Responsables associés : LNCC (Ligue); CISS		Partenaires :		
<b>Jalon</b>			<b>Fin prévue le</b>	<b>État du Jalon</b>
Recueil 2014 des indicateurs statistiques permettant de suivre le fonctionnement de la convention			31/12/14	Terminé
Recueil 2015 des indicateurs statistiques permettant de suivre le fonctionnement de la convention			31/12/15	Terminé
Recueil 2016 des indicateurs statistiques permettant de suivre le fonctionnement de la convention			31/12/17	En cours - Retard (moins de 3 mois)
Les statistiques 2015 ont été transmises et sont en cours de traitement par le secrétariat de la commission de suivi et de propositions AERAS. Elles contribueront au rapport d'activité de la commission AERAS, qui sera présenté dans les prochains mois.				
Au cours de l'année 2015, les sociétés d'assurances ont instruit 3,9 millions de demandes d'assurance de prêts au titre des crédits immobiliers et professionnels. - 83,1 % des demandes ne présentaient pas de risque aggravé de santé et une proposition d'assurance a pu être faite aux conditions standard du contrat ; - 14,9 % des demandes présentaient un risque aggravé de santé (proportion supérieure de 0,7 point à celle observée en 2014), soit 586 900 demandes.				
La répartition des niveaux de surprimes pour la garantie décès est proche de celle de 2014 : les surprimes sont, dans 47 % des cas, inférieures à + 50 % du tarif standard (45 % en 2014) et dans 80 % des cas elles sont inférieures à + 100 % du tarif standard (idem en 2014). Concernant les surprimes sur les garanties "incapacité-invalidité", la répartition est également proche de celle de 2014 : 65 % des surprimes sont inférieures à + 50 % du tarif standard (69 % en 2014) et dans 90 % des cas inférieures à + 100 % du tarif standard (91 % en 2014).				

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

N°	Libellé	Responsable de l'action	Jalons terminés	État calculé de l'action
9.17	Conforter et coordonner les dispositifs d'observation et de recherche sur la vie pendant et après le cancer.	INCa	18 sur 20 (90%)	Planning respecté
Responsables associés : LNCC (Ligue); IReSP; ITMO cancer; Santé publique France		Partenaires :		
Les travaux se poursuivent selon le calendrier annoncé. Concernant VICAN5, le recueil des données est achevé. Plus de 4000 personnes ont été interrogées. Une réunion du conseil scientifique a eu lieu le 05 octobre 2017 pour présenter les résultats issues des premières analyses statistiques. La rédaction des chapitres est en cours. Les données définitives de l'enquête seront disponibles en 2018 et diffusées notamment en juin via des journées de restitution (grand public, professionnels de santé et chercheurs).				

N°	Libellé	Responsable de l'action	Jalons terminés	État calculé de l'action
9.18	Étudier les trajectoires des personnes atteintes de cancer à travers les bases de données publiques et les cohortes en population.	INCa	6 sur 10 (60%)	Retard (de 3 à 9 mois)
Responsables associés : IReSP; ITMO cancer		Partenaires :		
<b>Jalon</b>			<b>Fin prévue le</b>	<b>État du Jalon</b>
Conventionnement INCa - CNAMTS en lien avec l'IDS et acquisition des données 2010-2012			31/10/14	Terminé
Constitution d'un comité de pilotage des données de la Cohorte cancer			30/06/15	Terminé
Etude de faisabilité sur la possibilité de croiser les données sur le parcours professionnel (données la CNAV) et celles de la cohorte cancer			30/12/15	Terminé
Rapport sur la faisabilité d'un rapprochement des données de la cohorte cancer avec le futur environnement sur les données médico-administratives			30/06/16	Terminé
Rapport sur la faisabilité d'ouverture des données de la cohorte cancer aux équipes de recherche			30/12/16	Terminé
Lancement d'un appel à projets portant sur l'exploitation des données de la cohorte cancer			30/06/17	Terminé
Conventionnement INCa - CNAV pour la mise à disposition des données relatives au parcours professionnel			30/09/17	Non débuté - Retard (de 3 à 9 mois)
Mise en place effective d'un environnement sécurisé permettant aux chercheurs et partenaires de l'INCa d'accéder aux données de la cohorte cancer			30/12/17	En cours - Retard (moins de 3 mois)
La constitution de la cohorte cancer se poursuit en collaboration étroite avec la CNAMTS avec l'intégration effective des données relatives aux années 2010-2015. En vue de partage de connaissance et de collaborations sur l'exploitation des données, plusieurs rencontres avec des équipes de recherche extérieures à l'INCa ont déjà eu lieu ou sont programmées. La récente publication des textes relatifs au SNDS vont guider les travaux à effectuer pour satisfaire aux exigences de sécurité.				

### III. INVESTIR DANS LA PRÉVENTION ET LA RECHERCHE

#### O 10 : LE PROGRAMME NATIONAL DE RÉDUCTION DU TABAGISME

##### Sous objectif : Protéger les jeunes et éviter l'entrée dans le tabac / 1. Rendre les produits du tabac moins attractifs

N°	Libellé	Responsable de l'action	Jalons terminés	État calculé de l'action
10.1	Mettre en place le paquet neutre standardisé pour les cigarettes et le tabac à rouler.	DGS	7 sur 8 (88%)	Planning respecté
	Responsables associés :	Partenaires :		
	Au 1er janvier 2017, les buralistes ne peuvent vendre que des paquets et tabac à rouler neutre. La vente des anciens produits est autorisée jusqu'au 31 décembre 2016. le conseil d'Etat a validé les textes " paquets neutres" dans un arrêt de décembre 2016. Absence de contentieux au niveau européen.			

N°	Libellé	Responsable de l'action	Jalons terminés	État calculé de l'action
10.2	Renouveler, agrandir et repositionner les avertissements sanitaires (65% de la surface, placés en haut, nouveaux textes et images) des conditionnements des cigarettes et de tabac à rouler, conformément à la directive 2014/40/UE.	DGS	3 sur 3 (100%)	Achevée
	Responsables associés :	Partenaires :		
	La mise en œuvre de l'action passe par les travaux de transposition de la directive en cours.			

N°	Libellé	Responsable de l'action	Jalons terminés	État calculé de l'action
10.3	Interdire la publicité pour le tabac dans les lieux de vente.	DGS	1 sur 1 (100%)	Achevée
	Responsables associés :	Partenaires :		

N°	Libellé	Responsable de l'action	Jalons terminés	État calculé de l'action
10.4	Interdire les arômes perceptibles dans les produits du tabac, conformément à la directive 2014/40/UE.	DGS	4 sur 5 (80%)	Planning respecté
	Responsables associés :	Partenaires :		
	S'agissant du contentieux, le rapport du procureur a été rendu public le 23 décembre. Fin de l'écoulement des anciens produits au 1er janvier 2017, (sauf cigarette et tabac à rouler mentholés sans capsule, autorisés jusqu'au 20 mai 2020).			

##### Sous objectif : Protéger les jeunes et éviter l'entrée dans le tabac / 2. Renforcer le respect de l'interdiction de fumer dans les lieux collectifs et étendre les lieux où il est interdit de fumer

N°	Libellé	Responsable de l'action	Jalons terminés	État calculé de l'action
10.5	Interdire de fumer dans un véhicule en présence de mineurs de moins de 12 ans .	DGS	1 sur 2 (50%)	Retard (moins de 3 mois)
	Responsables associés :	Partenaires :		
	<b>Jalon</b>		<b>Fin prévue le</b>	<b>État du Jalon</b>
	Article adopté / entrée en vigueur à la publication de la loi		26/01/16	Terminé

Jalon	Fin prévue le	État du Jalon
Campagne de communication INPES et MILDECA à envisager	31/12/17	Non débuté - Retard (moins de 3 mois)
La mesure est inscrite dans la LMSS, et s'appliquera aux mineurs de moins de 18 ans.		

N°	Libellé	Responsable de l'action	Jalons terminés	État calculé de l'action
10.6	Interdire de fumer dans les espaces publics de jeux dédiés aux enfants .	DGS	1 sur 2 (50%)	Retard (moins de 3 mois)
Responsables associés :		Partenaires :		
Jalon			Fin prévue le	État du Jalon
Modification décret CE de 2006 / entrée en vigueur le 1er juillet 2015			31/12/15	Terminé
Campagne de communication ANSP			31/12/17	Non débuté - Retard (moins de 3 mois)
Un travail d'information et de contrôle est à mener avec la DGCCRF.				

N°	Libellé	Responsable de l'action	Jalons terminés	État calculé de l'action
10.7	Habiliter les polices municipales à contrôler l'interdiction de fumer dans les lieux publics.	DGS	2 sur 3 (67%)	Planning respecté
Responsables associés : MILDECA; Ministère de l'intérieur		Partenaires :		
Un module de formation sur le champ Tabac a été inséré dans le CNFPT. Le module de formation de Santé publique et tabac est réalisée dans la formation des polices municipaux. La sensibilisation des maires doit se poursuivre tout au long du PNRT.				

### Sous objectif : Protéger les jeunes et éviter l'entrée dans le tabac / 3. Encadrer les dispositifs électroniques de vapotage

N°	Libellé	Responsable de l'action	Jalons terminés	État calculé de l'action
10.8	Interdire le vapotage dans certains lieux collectifs .	DGS	2 sur 2 (100%)	Achevée
Responsables associés :		Partenaires :		
La constitutionnalité de la mesure est examinée par le Conseil Constitutionnel depuis janvier 2016.				

N°	Libellé	Responsable de l'action	Jalons terminés	État calculé de l'action
10.9	Restreindre la publicité en faveur des dispositifs électroniques de vapotage : rappeler les modalités possibles de publicité dans une circulaire puis interdire la publicité pour ces produits et les liquides associés.	DGS	2 sur 4 (50%)	Planning respecté
Responsables associés :		Partenaires :		
La circulaire a été publiée à l'été 2014. Un décret et une circulaire ont été rédigés en 2017. Un groupe de travail associant les représentants du vapotage, l'ANSM, l'Inca, SpF, HAS, des associations et la DGS est en place depuis fin 2016 et s'est réuni en 2017.				

### Sous objectif : Protéger les jeunes et éviter l'entrée dans le tabac / 4. Améliorer le respect de l'interdiction de vente aux mineurs

N°	Libellé	Responsable de l'action	Jalons terminés	État calculé de l'action
10.10	Habiliter les polices municipales à contrôler l'interdiction de vente aux mineurs.	DGS	3 sur 4 (75%)	Planning respecté
	Responsables associés : MILDECA; Ministère de l'intérieur	Partenaires :		
	Le module de formation de Santé publique et tabac est réalisée dans la formation des polices municipaux. La sensibilisation des maires doit se poursuivre tout au long du PNRT.			

### Sous objectif : Aider les fumeurs à s'arrêter / 1. Développer une information plus efficace en direction des fumeurs

N°	Libellé	Responsable de l'action	Jalons terminés	État calculé de l'action
10.11	Montrer les méfaits du tabac par une augmentation de la communication en direction des fumeurs.	DGS	5 sur 5 (100%)	Achevée
	Responsables associés : Santé publique France	Partenaires :		
	Moi(s) sans tabac en 2016 et maintenant en 2017 articulent communication nationale et régionale sur le champ Tabac			

N°	Libellé	Responsable de l'action	Jalons terminés	État calculé de l'action
10.12	Mettre en place un pictogramme « grossesse sans tabac » sur les contenants de produits du tabac.	DGS	5 sur 5 (100%)	Achevée
	Responsables associés :	Partenaires :		

N°	Libellé	Responsable de l'action	Jalons terminés	État calculé de l'action
10.13	Promouvoir auprès des professionnels et du grand public le numéro d'appel unique « 39 89 » et le site tabac-info-service.	DGS	6 sur 7 (86%)	Planning respecté
	Responsables associés : Santé publique France	Partenaires :		
	Campagne "Moi(s) sans tabac" de septembre à novembre 2016.			

N°	Libellé	Responsable de l'action	Jalons terminés	État calculé de l'action
10.14	Développer le « e-coaching » (outils réalisés en lien avec l'Institut national de prévention et d'éducation pour la santé et la caisse nationale d'Assurance maladie des travailleurs salariés).	DGS	2 sur 2 (100%)	Achevée
	Responsables associés : CNAMTS; Santé publique France	Partenaires :		
	L'application d' e-coaching a été opérationnelle pour la mise en place du dispositif Moi(s) sans tabac en 2016. L'objectif du e-coaching est d'accompagner par internet (application smartphone + site web) de manière personnalisée les fumeurs dans leur processus d'abandon du tabac. L'application est intégrée à Moi(s) sans tabac, avec des contenus spécifiques durant la campagne.			

### Sous objectif : Aider les fumeurs à s'arrêter / 2. Impliquer davantage les professionnels de santé et mobiliser les acteurs de proximité dans l'aide à l'arrêt du tabac

N°	Libellé	Responsable de l'action	Jalons terminés	État calculé de l'action
10.15	Impliquer davantage les médecins généralistes dans la lutte contre le tabagisme, en incluant un indicateur dédié dans la rémunération sur objectif de santé publique.	DGS	3 sur 3 (100%)	Achevée
	Responsables associés :	Partenaires :		
	La convention médecin - Cnamts a été signée en août 2016 et contient un indicateur "tabac".			

N°	Libellé	Responsable de l'action	Jalons terminés	État calculé de l'action
10.16	Développer une offre de proximité gratuite d'accompagnement à l'arrêt du tabac par la mobilisation des 430 centres de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie (CSAPA), de leurs 250 consultations jeunes consommateurs (CJC) et des 112 centres d'examen de santé de l'Assurance maladie.	DGS	3 sur 3 (100%)	Achevée
Responsables associés :		Partenaires :		
Pérennisation des crédits pour 2017 sur ONDAM				

### Sous objectif : Aider les fumeurs à s'arrêter / 3. Améliorer l'accès aux traitements d'aide au sevrage du tabac

N°	Libellé	Responsable de l'action	Jalons terminés	État calculé de l'action
10.17	Améliorer le remboursement du sevrage du tabagique par le triplement du montant du forfait pour les publics prioritaires : jeunes de 20 à 30 ans, bénéficiaires de la CMU-C, personnes souffrant d'un cancer.	DGS	5 sur 5 (100%)	Achevée
Responsables associés : CNAMTS; DSS		Partenaires :		
Evolution du forfait au 1er novembre 2017 : passage à 150 euros par an pour tous les usagers.				

N°	Libellé	Responsable de l'action	Jalons terminés	État calculé de l'action
10.18	Élargir l'éventail des professionnels pouvant intervenir dans la prise en charge de l'arrêt du tabac : médecins des services de prévention (santé au travail, etc.), infirmiers, sages femmes (autorisation pour les sages femmes de prescrire des substituts nicotiques à l'entourage fumeur de femmes enceintes).	DGS	4 sur 5 (80%)	Retard (moins de 3 mois)
Responsables associés : CNAMTS; DSS		Partenaires :		
<b>Jalon</b>			<b>Fin prévue le</b>	<b>État du Jalon</b>
saisine INPES			01/10/14	Terminé
Rencontre DGS/ Pr Benhamou			30/06/15	Terminé
Article 33 loi de santé en cours de débats parlementaires			01/09/15	Terminé
Article dans loi de santé			29/01/16	Terminé
Travail SFT/SFAR/INPES			31/12/17	Non débuté - Retard (moins de 3 mois)

### Sous objectif : Aider les fumeurs à s'arrêter / 4. Rendre exemplaires les ministères sociaux, notamment le ministère des affaires sociales, de la santé et des droits des femmes

N°	Libellé	Responsable de l'action	Jalons terminés	État calculé de l'action
10.19	Aménager les espaces fumeurs du ministère de manière à valoriser les espaces non fumeurs.	DGS	3 sur 3 (100%)	Achevée
Responsables associés : DRH des ministères sociaux		Partenaires :		

N°	Libellé	Responsable de l'action	Jalons terminés	État calculé de l'action
10.20	Développer l'aide au sevrage du tabac des personnels du ministère.	DGS	1 sur 1 (100%)	Achevée
Responsables associés : DRH des ministères sociaux		Partenaires :		

**Sous objectif : Agir sur l'économie du tabac / 1. Lutter contre le commerce illicite pour rendre plus efficace une politique fiscale du tabac au service de la santé publique**

N°	Libellé	Responsable de l'action	Jalons terminés	État calculé de l'action
10.21	Élaborer un plan interministériel de lutte contre le commerce illicite de tabac.	DGS	7 sur 8 (88%)	Retard (moins de 3 mois)
Responsables associés : MILDECA		Partenaires :		
<b>Jalon</b>			<b>Fin prévue le</b>	<b>État du Jalon</b>
Saisine MILDECA			31/10/14	Terminé
Lancement Réunions groupe de travail			05/05/15	Terminé
Interdiction achats à distance / PLFR 2015			31/12/15	Terminé
Ratification du protocole OMS CCLAT			31/12/15	Terminé
Article sur la traçabilité des produits du tabac et le renforcement des sanctions en cas de contrebande			31/12/16	Terminé
Conclusions réunions groupe de travail			31/12/16	Terminé
Rapport de l'étude OFDT DGDDI Mildeca sur le commerce hors réseau des buralistes			31/12/17	Terminé
Réaliser une réunion annuelle par la Mildeca au sujet des actions qui concernent la lutte contre le commerce illicite en 2017			31/12/17	En cours - Retard (moins de 3 mois)
<p>En 2012, les Parties de la CCLAT adoptaient le Protocole pour éliminer le commerce illicite des produits du tabac. À ce jour, 37 Parties représentant les six régions de l'OMS ont signé.</p> <p>Le travail 2016 des différentes parties prenantes du groupe de travail interministériel ne permet pas d'aboutir à l'élaboration d'un plan de lutte contre le commerce illicite du tabac en sus des activités menées par chacune des parties. Une réunion au sujet de la lutte contre le commerce illicite est prévue au cours du 1er trimestre 2018</p>				

**Sous objectif : Agir sur l'économie du tabac / 2. Lutter contre l'ingérence de l'industrie du tabac dans les politiques publiques**

N°	Libellé	Responsable de l'action	Jalons terminés	État calculé de l'action
10.22	Étudier la mise en place d'un site dédié à la transparence des activités de l'industrie du tabac sur le modèle de celui conçu pour l'industrie pharmaceutique.	DGS	4 sur 4 (100%)	Achevée
Responsables associés :		Partenaires :		
<p>En 2017, il a été décidé de ne pas créer un site dédié mais d'utiliser un outil gouvernemental de transmission des données (logiciel de saisie en ligne de données). Les informations liées à la transparence des activités de l'industrie du tabac sont maintenant publiques et consultables sur le site <a href="http://santé.gouv.fr">santé.gouv.fr</a>.</p>				

**Sous objectif : Agir sur l'économie du tabac / 3. Accroître les moyens dédiés à la lutte contre le tabac**

N°	Libellé	Responsable de l'action	Jalons terminés	État calculé de l'action
10.23	Créer un fonds dédié à la lutte contre le tabac et accroître les moyens dédiés à cette lutte.	DGS	3 sur 3 (100%)	Achevée
	Responsables associés : DSS	Partenaires :		
	Le Fonds est entrée en vigueur au 1er janvier 2017 et création du comité de gestion (décret du 5 décembre 2016).			

N°	Libellé	Responsable de l'action	Jalons terminés	État calculé de l'action
10.24	Mettre à contribution l'industrie du tabac pour financer ce fonds.	DGS	3 sur 5 (60%)	Planning respecté
	Responsables associés : DSS	Partenaires :		

## O 11 : DONNER À CHACUN LES MOYENS DE RÉDUIRE SON RISQUE DE CANCER

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

N°	Libellé	Responsable de l'action	Jalons terminés	État calculé de l'action
11.1	Améliorer le respect des mesures d'encadrement de l'offre de l'alcool.	DGS	2 sur 2 (100%)	Achevée
	Responsables associés :	Partenaires : MILDECA		
	Rédaction d'un rapport remis au Premier Ministre avec propositions (MILDECA) : une note a été adressée au PM le 22 mars 2016. Pour cette action, nous avons signalé des points d'attention car des réformes vont à l'encontre de l'objectif : Ordonnance débits de boissons : pilotage du Secrétariat général pour la modernisation de l'action publique (SGMAP) sous un angle économique et de simplification, le rôle prévention de l'encadrement de l'offre n'a pas été priorisé. Publicité : adoption de l'article sur l'assouplissement de la loi Evin dans la loi de santé (article 13). Cela va à l'encontre des objectifs du Plan cancer et plan gouvernemental drogues et conduites addictives.  Compétences des polices municipales : mesure non reprise dans les vecteurs législatifs, absence de visibilité sur la possibilité de la porter à nouveau.			

N°	Libellé	Responsable de l'action	Jalons terminés	État calculé de l'action
11.2	Aider les personnes à l'arrêt de la consommation excessive d'alcool.	DGS	3 sur 4 (75%)	Retard (plus de 9 mois)
	Responsables associés : HAS; INCa; Santé publique France	Partenaires : ADALIS; ARS		
	<b>Jalon</b>		<b>Fin prévue le</b>	<b>État du Jalon</b>
	Outil pratique visant à aider les professionnels de santé sur le RPIB alcool, tabac, cannabis (HAS)		31/12/14	Terminé
	Optimisation de l'alcoomètre en ligne (SpFrance-ADALIS)		30/06/15	En cours - Retard (plus de 9 mois)
	Promotion de l'annuaire vers les professionnels : phoning, mailing...(SpFrance-ADALIS)		31/12/15	Terminé
	Promotion du site Alcool-info service vers le grand public : affiches, kit web, référencement payant		31/12/15	Terminé
	Il est important de retravailler l'outil en tenant compte du travail et du rapport "avis d'experts relatif à l'évolution du discours public en matière de consommation d'alcool en France" l'élaboration de cet outil s'inscrit dans la suite de cette démarche.			

N°	Libellé	Responsable de l'action	Jalons terminés	État calculé de l'action
11.3	Améliorer les connaissances sur les liens entre alcool et cancer.	INCa	4 sur 5 (80%)	Retard (plus de 9 mois)
	Responsables associés : DGS	Partenaires : LNCC (Ligue); IReSP		
	<b>Jalon</b>		<b>Fin prévue le</b>	<b>État du Jalon</b>
	Publication Un état des lieux sur le risque cancer en lien avec l'alcool		31/03/15	Terminé
	Projets Alcool retenus dans les AAP financés par l'INCa en prévention		31/12/15	Terminé
	Cancers et polyconsommation tabac et alcool		30/06/16	En cours - Retard (plus de 9 mois)
	Projets retenus dans les AAP prévention 2016-2017		31/12/17	Terminé
	L'INCa et l'ANSP ont été mobilisés pour répondre à la saisine de la DGS et de la MILDECA consistant à élaborer un discours public sur la consommation d'alcool (mise en place groupe de travail, audition, etc.) dont l'avis d'expert a été publié le 04 mai 2017			

N°	Libellé	Responsable de l'action	Jalons terminés	État calculé de l'action
11.4	Expérimenter et conduire des actions de prévention de la consommation excessive d'alcool.	DGS	3 sur 4 (75%)	Retard (plus de 9 mois)
	Responsables associés : INCa; MILDECA; Santé publique France	Partenaires : IReSP		
	<b>Jalon</b>		<b>Fin prévue le</b>	<b>État du Jalon</b>
	Actualisation et diffusion d'un outil d'information sur l'alcool à destination du grand public (SpFrance)		31/12/15	Terminé
	Actualisation et diffusion d'un outil d'intervention sur l'alcool à destination des médecins		31/12/15	Terminé
	Diagnostic sur les approches ayant démontré leur efficacité		31/12/15	Terminé
	Elaboration d'une information sur l'alcool en " accès universel" (SpFrance)		31/12/16	En cours - Retard (plus de 9 mois)
	Il est important de retravailler la stratégie d'information sur la thématique alcool en tenant compte du travail et du rapport "avis d'experts relatif à l'évolution du discours public en matière de consommation d'alcool en France" l'élaboration de la brochure s'inscrira dans la suite de cette démarche.			

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

N°	Libellé	Responsable de l'action	Jalons terminés	État calculé de l'action
11.5	Faciliter les choix alimentaires favorables à la santé.	DGS	8 sur 15 (53%)	Retard (plus de 9 mois)
	Responsables associés : Santé publique France	Partenaires :		
	<b>Jalon</b>		<b>Fin prévue le</b>	<b>État du Jalon</b>
	Transmission des repères nutritionnels du PNNS actualisés par l'Anses		31/12/15	Terminé
	Révision des messages sanitaires (SpFrance)		30/06/16	Non débuté - Retard (plus de 9 mois)
	Publication d'un décret d'application en Conseil d'Etat relatif à l'information nutritionnelle complémentaire sur les denrées alimentaires		19/07/16	Terminé
	Mise en place d'une étude d'expérimentation en conditions réelles d'achat de plusieurs systèmes d'information nutritionnelle		31/12/16	Terminé
	Publication par arrêté des nouveaux messages sanitaires prévus par la loi du 9 août 2004 sur les publicités pour les aliments manufacturés (DGS)		31/12/16	Non débuté - Retard (plus de 9 mois)
	Analyse du HCSP sur l'actualisation des repères PNNS		01/03/17	Terminé
	Analyse du HCSP sur l'actualisation des repères PNNS et les messages nutritionnels sur les publicités		01/03/17	Terminé
	Elaboration et publication par l'ANSP d'un règlement d'usage de la marque nutriscore		24/05/17	Terminé
	Action de communication annuelle alimentation et /ou activité physique en fonction des orientations suite au PNNS3		30/06/17	Non débuté - Retard (de 3 à 9 mois)
	Vote d'un article législatif sur l'obligation pour les publicités alimentaires commerciales d'indiquer le positionnement nutritionnel (étiquetage)		30/06/17	Non débuté - Retard (de 3 à 9 mois)
	Publication d'une expertise collective INSERM demandée par l'INPES sur les messages nutritionnels sur les publicités		15/07/17	Terminé
	Publication de l'arrêté fixant la forme de présentation complémentaire à la déclaration nutritionnelle recommandée par l'Etat (Nutri-Score)		31/10/17	Terminé
	Remise d'un rapport au gouvernement sur l'amélioration de l'information nutritionnelle dans la restauration collective ( Art 15 LMSS)		31/12/17	En cours - Retard (moins de 3 mois)

Le rapport d'expertise collective et l'avis relatifs à l'activité physique et à la sédentarité du PNNS ont été publiés en février 2016. L'espace "Bouger plus" sur mangerbouger.fr a été mis à jour par Santé publique France. Il a fait l'objet d'une campagne de communication en septembre 2017.

L'Anses a publié en janvier 2017 les rapports et avis sur l'actualisation des repères alimentaires du PNNS pour la population adulte, en réponse à la saisine de la DGS. La transmission par l'Anses de ces repères était indispensable pour initier les jalons suivants, ce qui explique leurs retards.

Ces éléments scientifiques serviront à l'élaboration et la diffusion par Santé publique France en 2018 des repères de consommation alimentaires actualisés du PNNS pour la population adulte après l'avis de santé publique du HCSP qui a été publié en mars 2017.

L'Inserm a publié en avril 2017 le rapport sur l'expertise collective demandée par Santé publique France sur les messages nutritionnels sur les publicités. Suite à ces travaux, le HCSP a été saisi en juillet 2016 afin de participer à l'évolution des messages sanitaires apposés sur les actions de promotion des acteurs économiques en lien avec Santé publique France. L'avis est attendu pour le deuxième semestre 2018 après élaboration par Santé publique France de la formulation des repères nutritionnels du PNNS prévus pour juillet 2018.

A noter : l'adoption de loi n° 2016-1771 du 20 décembre 2016 relative à la suppression de la publicité commerciale dans les programmes jeunesse de la télévision publique.

N°	Libellé	Responsable de l'action	Jalons terminés	État calculé de l'action
11.6	Développer l'éducation et la promotion de la nutrition et de la pratique physique.	Santé publique France	8 sur 8 (100%)	Achevée
	Responsables associés : DGS; DGESCO; Direction des sports	Partenaires : INCa; ARS		
	L'espace « Bouger plus » de mangerbouger.fr a été promu par une campagne web en septembre-octobre 2017. Par ailleurs, les ressources du MOOC « Promouvoir l'activité physique et limiter la sédentarité chez les jeunes » sont accessibles sur mangerbouger.fr depuis avril 2017. Le rapport sur les interventions efficaces sur l'alimentation et l'activité physique en direction des jeunes sera publié en ligne en décembre 2017.			

N°	Libellé	Responsable de l'action	Jalons terminés	État calculé de l'action
11.7	Faciliter pour tous et à tout âge la pratique de l'activité physique au quotidien.	DGS	10 sur 15 (67%)	Retard (plus de 9 mois)
	Responsables associés : Direction des sports	Partenaires : INCa; ARS		
	<b>Jalon</b>	<b>Fin prévue le</b>	<b>État du Jalon</b>	
	Adoption de la loi ALUR intégrant plusieurs dispositions en faveur du développement des mobilités actives, dans le code de l'urbanisme	30/06/14	Terminé	
	Guide "Pour un urbanisme favorable à la santé" (pour ARS, élus, urbanistes) intégrant des recommandations pour les mobilités actives (DGS-EHESP)	16/09/14	Terminé	
	Lancement expérimentation du versement de l'indemnité kilométrique aux salariés se déplaçant à vélo entre le domicile et le travail (PAMA)	30/11/14	Terminé	
	Evaluation de l'expérimentation sur l'indemnité kilométrique : PAMA (DGITM)	30/06/15	Terminé	
	Mise à jour du repère relatif à l'activité physique (ANSES)	31/12/15	Terminé	
	Promouvoir les mobilités actives et intégration de la trame verte à l'échelle communale (DHUP)	31/12/15	Terminé	
	Séminaire de valorisation des actions transports du PNSE3	13/06/16	Terminé	
	Lancement des outils pédagogiques "Mouv&co" (promotion de l'activité physique et des mobilités actives auprès des élèves d'école primaire et du collège)	31/12/16	Terminé	
	Lancement nouvelle campagne nationale sur l'activité physique (DGS-SpFrance)	31/12/16	Terminé	
	Elaboration d'un nouveau plan d'action pour le développement de la marche et de l'usage du vélo (PAMUV)	31/03/17	Non débuté - Retard (plus de 9 mois)	
	Rapport d'étape à mi-parcours de la feuille de route Transports du PNSE3 (DGITM)	31/12/17	Terminé	

Le jalon relatif au lancement de la nouvelle campagne nationale sur l'activité physique (DGS-ANSP) a été prévu à échéance de septembre 2017. L'ANSP a communiqué fin septembre 2017 sur la mise à jour du volet "bouger plus" du site internet "mangerbouger".

Le jalon relatif à l'élaboration d'un nouveau plan d'action pour le développement de la marche et de l'usage du vélo (PAMUV) est retardé : des recommandations ont été formulées en fin d'année pour un nouveau plan mais compte tenu du calendrier électoral aucune décision d'élaboration d'un tel plan n'a été prise. Cette question du développement des mobilités actives est examinée dans le cadre des Assises de la mobilité ouvertes de septembre à décembre 2017. Une loi d'orientation sur les mobilités est prévue pour le 1er semestre 2018.

Un nouveau plan sport et santé est en cours de réflexion et devrait être lancé officiellement au cours du 1er semestre (au plus tard). Une réflexion est également en cours quant à la création des maisons sport santé qui constituent un des 4 axes prioritaires de la feuille de route de la Ministre des sports.

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

N°	Libellé	Responsable de l'action	Jalons terminés	État calculé de l'action
11.8	Améliorer la couverture vaccinale anti-VHB en informant la population et les professionnels de santé sur le ratio bénéfice/risque de la vaccination.	DGS	4 sur 4 (100%)	Achevée
Responsables associés : Santé publique France		Partenaires : ARS		
Les Centres gratuits d'information, de dépistage et de diagnostic (CeGIDD) des infections par les virus de l'immunodéficience humaine, des hépatites virales et des infections sexuellement transmissibles se mettent en place depuis le 1er janvier 2016. Les CeGIDD peuvent réaliser la vaccination contre les virus de l'hépatite B, de l'hépatite A (hors indications pour les voyageurs) et du papillomavirus selon les recommandations du calendrier vaccinal, et le cas échéant les vaccinations recommandées par les autorités sanitaires pour des publics cibles. Une note d'information aux ARS a été adressée par le DGS le 19 septembre, relative à l'habilitation des structures réalisant des vaccinations gratuites en application des articles L. 3111-11 et L. 3112-3 du code de la santé publique. La prise en charge gratuite est dans la circulaire.				

N°	Libellé	Responsable de l'action	Jalons terminés	État calculé de l'action
11.9	Sensibiliser les professionnels de santé à l'intérêt pour leurs patients infectés par le VHB ou le VHC de contrôler leur consommation d'alcool, de tabac et leur poids afin de réduire le risque de cancer du foie.	INCa	0 sur 3 (0%)	Retard (plus de 9 mois)
Responsables associés : CNAMTS; DGOS; DGS		Partenaires :		
<b>Jalon</b>			<b>Fin prévue le</b>	<b>État du Jalon</b>
Réunion DGS, INCa et SpFrance pour définir la stratégie de sensibilisation des professionnels de santé (prévention, dépistage)			31/03/16	En cours - Retard (plus de 9 mois)
Démarrage de la conception des supports de communication relatifs à la prévention du cancer du foie chez les personnes infectées par le VHC ou le VHC			30/06/16	En cours - Retard (plus de 9 mois)
diffusion d'outils d'aide à la pratique clinique			04/12/17	Non débuté - Retard (moins de 3 mois)
<p>Cette action s'attachera à sensibiliser les professionnels de santé aux différentes actions à mettre en œuvre pour réduire les risques de cancer du foie dans la population infectée par les virus VHB ou VHC.</p> <p>C'est-à-dire qu'au-delà de ce qui est inscrit dans le titre de l'action (sensibilisation au contrôle des consommations d'alcool, de tabac et au surpoids), il sera également question de rappeler l'importance du suivi par échographie pour un dépistage précoce des cancers du foie.</p> <p>Une première réunion regroupant les institutions (DGS, SpFrance, HAS, DGOS, CNAMTS notamment) et les parties prenantes (professionnels de santé, société savantes, associations) sera programmée au 1er trimestre 2017 suivie de la conception des outils pour le second semestre 2017.</p> <p>Cette action est en retard par rapport à ce qui été prévu initialement (document élaboré en 2016). Il se justifie notamment par la réflexion menée à partir des nouvelles données montrant la méconnaissance par les médecins non spécialistes des recommandations de dépistages par échographie du cancer du foie chez les patients atteints de cirrhose. Informer les médecins généralistes sur l'application de cette surveillance auprès de l'ensemble de leurs patients atteints de cirrhose est nécessaire. Cette réflexion devra être menée dans le cadre de la réalisation des documents d'information prévues initialement.</p>				

N°	Libellé	Responsable de l'action	Jalons terminés	État calculé de l'action
11.10	Développer le dépistage des personnes exposées au risque d'hépatite B et C pour favoriser l'accès à la prise en charge.	DGS	7 sur 9 (78%)	Retard (plus de 9 mois)
	Responsables associés : CNAMTS; DGOS; HAS; Santé publique France	Partenaires : ARS		
	<b>Jalon</b>	<b>Fin prévue le</b>	<b>État du Jalon</b>	
	Rapport de la HAS sur la place des tests rapides d'orientation diagnostique (TROD) dans la stratégie de dépistage de l'hépatite C (HAS)	01/05/14	Terminé	
	Réglementation pour les TROD communautaires hépatite C (DGS)	31/12/14	Terminé	
	Lancement AAP pour diffusion TROD communautaires hépatite C (DGS)	31/03/15	Terminé	
	Rapport de la HAS sur la place des tests rapides d'orientation diagnostique (TROD) dans la stratégie de dépistage de l'hépatite B (HAS)	31/03/15	Terminé	
	Diffusion d'outils sur le dépistage de l'hépatite B aux médecins généralistes et autres professionnels concernés (SpFrance)	31/05/15	Terminé	
	Lancement AAP pour diffusion TROD communautaires hépatite B (DGS)	31/12/15	Non débuté - Retard (plus de 9 mois)	
	Réglementation pour les TROD communautaires hépatite B (DGS)	31/12/15	Non débuté - Retard (plus de 9 mois)	
	Campagne d'information et diffusion d'outils sur le dépistage de l'hépatite B auprès des populations concernées (SpFrance)	30/06/16	Terminé	
	Rapport de la HAS sur la place des tests rapides d'orientation diagnostique (TROD) dans la stratégie de dépistage de l'hépatite B (HAS)	31/12/16	Terminé	
	<p>Suivant les recommandations de la Haute Autorité de santé et du Conseil national du sida et des hépatites virales (CNS), le ministère des Solidarités et de la Santé poursuit son engagement en faveur de nouvelle stratégie de dépistage de l'infection à VIH et VHC, afin de dépister plus précocement les personnes infectées, en complément du dépistage par sérologie.</p> <p>L'objectif est de dépister des personnes exposées au risque de VIH et hépatite C mais qui ne viennent pas dans le système classique de prévention et dépistage. Il s'agit d'aller vers ces populations dans une démarche communautaire.</p> <p>Le ministère des Affaires sociales et de la Santé a lancé le 1er septembre 2016 un appel à projets visant à soutenir l'activité de dépistage rapide par TROD VIH et TROD VHC et par autotests VIH réalisée par les associations au plus près des populations les plus exposées au risque.</p> <p>Cet appel à projets a pour objectif de soutenir financièrement l'offre de dépistage communautaire du VIH et/ou VHC assurée par des associations impliquées dans la prévention sanitaire ou la réduction des risques et des dommages associés à la consommation de substances psychotropes.</p> <p>Il s'adresse aux associations qui participent déjà au dispositif de dépistage communautaire par TROD VIH mais aussi à de nouvelles associations habilitées qui souhaitent rejoindre le dispositif, que ce soit pour réaliser des dépistages par TROD VIH et/ou par TROD VHC. L'appel à projet permet en outre d'accompagner financièrement les associations volontaires pour la délivrance d'autotests de VIH.</p>			

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

N°	Libellé	Responsable de l'action	Jalons terminés	État calculé de l'action
11.11	Développer l'éducation à la santé en milieu scolaire.	DGESCO	3 sur 4 (75%)	Retard (moins de 3 mois)
	Responsables associés : DGS; Santé publique France	Partenaires : LNCC (Ligue); ARS; DGOM		
	<b>Jalon</b>	<b>Fin prévue le</b>	<b>État du Jalon</b>	
	Finalisation du document de cadrage d'une programmation. Diffusion du document de cadrage dans des académies test à la rentrée de septembre 2014.	30/06/15	Terminé	
	Un séminaire destiné aux personnels d'encadrement académique afin d'aborder les enjeux de la mise en oeuvre du parcours éducatif de santé et d'identifier des pistes de déploiements à adapter dans les territoires éducatifs	30/06/16	Terminé	

Jalon	Fin prévue le	État du Jalon
Un guide d'accompagnement diffusé aux équipes pédagogiques et éducatives des établissements scolaires à la rentrée 2016	30/09/16	Terminé
Parcours de formation en ligne sur la plateforme M@gistère : premier module disponible en 2018	15/11/17	En cours - Retard (moins de 3 mois)
<p>La politique éducative sociale et de santé, prévue par la loi du 8 juillet 2013 pour la refondation de l'École de la République, met en place le parcours éducatif de santé (PES) pour les élèves dont ses modalités de mise en œuvre sont précisées par la circulaire n° 2016-008 du 28 janvier 2016. Trois axes sont privilégiés : éducation, prévention et protection de la santé.</p> <p>Un plan d'accompagnement des équipes éducatives des écoles et des établissements a été mis en place et comprend :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Des séminaires nationaux de formation des personnels d'encadrement et des formateurs des académies afin de faire un état des lieux des actions et identifier les leviers de déploiement dans les territoires éducatifs ; le dernier séminaire des 3 et 4 mai 2017 a permis plus spécifiquement de réunir les corps d'inspection du 1er et 2nd degré, les professeurs formateurs et conseillers pédagogiques ainsi que des formateurs en école supérieure du professorat et de l'éducation (ESPE), avec un focus sur l'apport de l'éducation physique et sportive ;</li> <li>- La diffusion d'un guide d'accompagnement élaboré par le comité national de pilotage du PES ;</li> <li>- L'élaboration d'un parcours de formation en ligne sur la plateforme Magistère, comprenant des modules destination des chefs d'établissement et directeurs d'école, des personnels de santé et des enseignants (publication prévue en 2018) ; cette conception se fait en collaboration avec le réseau des universités pour l'éducation à la santé (UNIRÉS) et l'agence nationale de santé publique ;</li> <li>- Le développement de partenariat, notamment une convention a été signée avec la Ligue nationale contre le cancer le 30 janvier 2017 qui va permettre de soutenir des actions éducatives et un travail collaboratif sur les Etats généraux de la prévention, dans le cadre du dispositif "Un comité, une école".</li> </ul> <p>L'ensemble des ressources d'accompagnement sont disponibles sur le site eduscol à l'adresse suivante : <a href="http://eduscol.education.fr/cid105644/le-parcours-educatif-sante.html">http://eduscol.education.fr/cid105644/le-parcours-educatif-sante.html</a>.</p> <p>Dans le cadre de la convention de partenariat avec le ministère de la santé et des solidarités, le comité de suivi a installé depuis avril 2017 un dialogue rapproché avec les académies et les ARS permettant un suivi des priorités territoriales choisies et des actions de prévention conduites. Des conventions de partenariat entre les académies et les ARS sont en cours de finalisation et de signature.</p>		

N°	Libellé	Responsable de l'action	Jalons terminés	État calculé de l'action
11.12	Éclairer les choix individuels en clarifiant la hiérarchie des facteurs de risque de cancers.	INCa	8 sur 10 (80%)	Retard (de 3 à 9 mois)
Responsables associés :		Partenaires : CIRC		
<b>Jalon</b>			<b>Fin prévue le</b>	<b>État du Jalon</b>
réunion avec partenaires pour discuter la thématique et planifier les actions à suivre			18/06/14	Terminé
Définition du partenaire responsable de l'étude			31/12/14	Terminé
Définition d'un cahier de charges, protocole, variables à étudier et identification du comité scientifique			30/06/15	Terminé
Consortium de l'étude			22/09/15	Terminé
Deuxième réunion COPIL			23/09/15	Terminé
Révision de la littérature, stabilisation de la méthodologie			31/12/15	Terminé
Réunion du comité de pilotage			30/06/16	Terminé
Consortium : restitution des données			31/12/16	Terminé
Remise du rapport d'étude			30/06/17	En cours - Retard (de 3 à 9 mois)
Communiqué de presse résultats			31/12/17	Non débuté - Retard (moins de 3 mois)
<p>Le lancement de l'étude pour la mise à jour de la part attribuable de facteurs de risque de cancers a été marquée par une réunion du consortium fin septembre 2015. Le comité scientifique international a discuté les variables et la méthodologie retenue.</p> <p>Les analyses ont été conduites par les groupes de travail coordonnés par le CIRC. L'étape actuelle concerne la rédaction du rapport qui sera remis à l'INCa fin 2017/début 2018 et les publications scientifiques en anglais.</p> <p>Une communication commune INCa-CIRC est prévue pour 2018 ainsi qu'une journée de restitution des résultats vers les professionnels de santé en particulier.</p>				

N°	Libellé	Responsable de l'action	Jalons terminés	État calculé de l'action
11.13	Améliorer la connaissance des perceptions et des comportements vis-à-vis des facteurs de risque de cancers : cette action sera mise en œuvre dans le cadre de l'action 9.17.	INCa		Mise en œuvre dans le cadre de l'action 9.17.
	Responsables associés : IReSP; Santé publique France	Partenaires :		

N°	Libellé	Responsable de l'action	Jalons terminés	État calculé de l'action
11.14	Faire de la recherche interventionnelle un véritable outil de prévention et de changement de comportements.	INCa	9 sur 19 (47%)	Retard (moins de 3 mois)
	Responsables associés : Fondation ARC; IReSP	Partenaires :		
	<b>Jalon</b>		<b>Fin prévue le</b>	<b>État du Jalon</b>
	Organisation colloque recherche interventionnelle contre le cancer		31/12/14	Terminé
	Lancement de l'AAP récurrent du Programme tabac		28/02/15	Terminé
	Relance de l'AAP récurrent Recherche Interventionnelle		30/06/15	Terminé
	Création d'une chaire en prévention des cancers INCa/IREsp/EHESP		30/06/16	Terminé
	Relance de l'AAP récurrent Recherche Interventionnelle		30/06/16	Terminé
	Organisation d'un colloque "Avancées de la recherche interventionnelle en France" (titre indic.)		31/08/16	Terminé
	Lancement de la première vague d'enquête portant sur l'évaluation du paquet neutre (PNRT)		30/11/16	Terminé
	Relance de l'AAP récurrent Recherche Interventionnelle		30/06/17	Terminé
	Création d'une chaire SHS appliquée au cancer		31/12/17	Terminé
	Evaluation à mi-parcours du Programme tabac (+ mise à jour du rapport stratégique)		31/12/17	Non débuté - Retard (moins de 3 mois)
	Lancement de la deuxième vague d'enquête portant sur l'évaluation du paquet neutre (PNRT)		31/12/17	En cours - Retard (moins de 3 mois)
<p>La chaire en prévention des cancers INCa/IREsp/EHESP a été lancée officiellement le 05 Janvier 2016 lors d'une leçon inaugurale. La publication rapport stratégique tabac sera associée à la sortie du prochain appel à projets qui inclura également un axe biologie.</p> <p>Concernant le lancement d'une deuxième vague d'enquête portant sur l'évaluation du paquet neutre (PNRT), un rapport d'avancement a confirmé le début de la phase 2. Il est à souligner qu'un allongement de 12 mois de la convention a été accordé. Il porte sur la partie valorisation du travail et n'impacte ni le design ni le calendrier de la collecte et de l'analyse des données.</p>				

## O 12 : PRÉVENIR LES CANCERS LIÉS AU TRAVAIL OU À L'ENVIRONNEMENT

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

N°	Libellé	Responsable de l'action	Jalons terminés	État calculé de l'action
12.1	Renforcer la prévention primaire en milieu de travail pour réduire l'exposition aux agents cancérigènes (biologiques, physiques, chimiques).	DGT	9 sur 12 (75%)	Planning respecté
	Responsables associés : CNAMTS; DSS	Partenaires : INRS; ANSES; INCa		
	<p>Les actions de contrôle de l'Inspection du travail sur la problématique de l'amiante et, plus largement sur les substances cancérigènes, mutagènes et toxiques pour la reproduction (CMR), sont réalisées tout au long de la durée du plan. S'agissant des CMR (visés aux articles R. 4412-59 à 93 du code du travail), les agents de contrôle de l'inspection du travail ont mené en 2016 2550 interventions dont 2010 contrôles ; de plus, depuis 2016, le pouvoir du système d'inspection du travail permettant un arrêt temporaire d'activité en présence de situations exposant des travailleurs à des risques chimiques CMR a été simplifié et étendu. La prévention du risque chimique constitue une des priorités du 3ème plan santé travail, à la fois sous l'angle des risques émergents (perturbateurs endocriniens, nanomatériaux...) et de l'effectivité de la réglementation (simplification, substitution, évaluation des risques...). Par ailleurs, la France est très investie dans la mise en œuvre de la feuille de route européenne relative aux substances cancérigènes (Roadmap Amsterdam-Vienna 2016-2020) qui devrait renforcer l'arsenal de valeur limites d'exposition professionnelle contraignantes au niveau européen.</p> <p>S'agissant spécifiquement de l'amiante (cf. articles R. 4412-94 à 148 du Code du travail), ces dernières dispositions réglementaires ont été citées presque 19.000 fois dans des lettres d'observation et plus de 340 fois dans des procès-verbaux dressés par les agents de contrôle de l'Inspection du travail. Elles demeurent une priorité de l'Inspection du travail, notamment au travers d'une campagne nationale de contrôle des organismes de formation initiée en 2016, et ont vocation à être poursuivies sur la durée du Plan cancer. Le 3ème plan santé travail a inscrit la mise en œuvre d'un plan d'action interministériel amiante, qui inclut le renforcement des pouvoirs d'action du système d'inspection du travail, parmi ses axes structurants.</p> <p>En ce qui concerne l'exposition des travailleurs aux rayonnements optiques artificiels (ROA), deux arrêtés du 1er mars 2016 ont finalisé le dispositif réglementaire mis en place aux articles R. 4452-1 à R. 4452-31 du code du travail. Ces arrêtés fixent, outre les modalités de l'évaluation des risques relatifs aux ROA, les conditions d'accréditation des organismes chargés des mesurages et d'effectuer les contrôles techniques sur demande du système de l'inspection du travail en application de l'article R. 4722-21 du Code du travail. La mise en œuvre du système d'accréditation prévu par ces arrêtés est en cours, la date d'entrée en vigueur ayant été fixée au 1er janvier 2018.</p> <p>Une réflexion sur la renégociation des conventions d'objectifs pour la prévention des risques chimiques a été menée en 2015, en lien avec les organisations patronales, l'INRS et la Cnamts. Certaines conventions n'ont pas été renouvelées (garage, formaldéhyde, poussières de bois), eu égard aux actions déjà mises en œuvre, il a été convenu de poursuivre la convention dans le secteur des travaux publics (une signature formelle du projet est en cours de préparation) et de maintenir un partenariat sur les agents cancérigènes dans le cadre d'un protocole avec l'INRS, la CNAMTS, et les fédérations professionnelles les plus concernées, sur les modalités de suivi du logiciel Seirich d'aide à l'évaluation des risques chimiques. La conclusion de nouvelles conventions sur des substances ou secteurs particuliers (styrène, EHPAD...) est toujours en réflexion, en lien avec la future convention d'orientation et de gestion de la CNAMTS.</p> <p>S'agissant des rayonnements ionisants, outre l'ordonnance n°2016-128 du 10 février 2016 portant diverses dispositions en matière nucléaire, qui vient compléter les mesures réglementaires existantes en matière de communication des données dosimétriques des travailleurs, pour renforcer et faciliter l'action du médecin du travail et de la personne compétente en radioprotection, un projet de décret s'inscrivant dans la logique de transposition de la directive 2013/59/Euratom devrait être prochainement transmis au Conseil d'Etat pour une publication à l'été. Ce dernier refond l'ensemble des dispositions du code du travail relatifs à la radioprotection, pour en améliorer à la fois l'articulation avec l'ensemble des autres risques professionnels, et l'opérationnalité."</p>			

N°	Libellé	Responsable de l'action	Jalons terminés	État calculé de l'action
12.2	Renforcer le suivi médical des personnes exposées à des risques de cancers professionnels.	DGT	3 sur 4 (75%)	Retard (plus de 9 mois)
	Responsables associés : CNAMTS; INCa	Partenaires :		
	<b>Jalon</b>		<b>Fin prévue le</b>	<b>État du Jalon</b>
	Signature de la convention DGT/SFMT : recommandation prévention et surveillance des travailleurs exposés à des agents cancérigènes pulmonaires		01/12/14	Terminé
	Finalisation de la rédaction de la recommandation. Labellisation HAS/INCa.		31/12/15	Terminé
	Diffusion de la recommandation et information des professionnels concernés		30/06/16	Terminé

Jalon	Fin prévue le	État du Jalon
Organisation de séminaires de restitution sur la RBP/ symposium régionaux ou nationaux en lien avec la SFMT	31/12/16	En cours - Retard (plus de 9 mois)
<p>La recommandation de bonnes pratiques intitulée "recommandations pour la surveillance de travailleurs exposés ou ayant été exposés à des cancérigènes pulmonaires" élaborée par la Société française de médecine du travail a été finalisée et s'est vu attribuer le label HAS-INCa par le Collège de la Haute Autorité de santé en novembre 2015.</p> <p>La recommandation qui a reçu le label de la Haute Autorité de santé, est diffusée sur les sites de la Société française de médecine du travail, la Société française de radiologie et la Société de pneumologie de langue française. Elle a par ailleurs été présentée lors du congrès de médecine du travail qui s'est tenu du 22 au 24 juin 2016 à Paris. Les sociétés régionales de médecine du travail en ont été destinataires. Le réseau de médecins inspecteurs du travail des Directions régionales des entreprises, de la concurrence, de la consommation, du travail et de l'emploi du ministère du Travail en assurent par ailleurs la promotion auprès des services de santé au travail. Elle a également fait l'objet d'actions de promotion sur divers sites internet à caractère médical.</p>		

N°	Libellé	Responsable de l'action	Jalons terminés	État calculé de l'action
12.3	Améliorer l'identification des cancers d'origine professionnelle pour permettre leur reconnaissance en maladie professionnelle.	DSS	4 sur 10 (40%)	Retard (plus de 9 mois)
Responsables associés : CNAMTS; DGOS; DGS; DGT		Partenaires : Santé publique France; ANSES; INCa		
<b>Jalon</b>			<b>Fin prévue le</b>	<b>État du Jalon</b>
Suivi post-professionnel des allocataires de l'ATA (CNAMTS)			01/09/14	Terminé
Un tiers des assurés concernés contactés par le réseau des CARSAT pour une évaluation de leur niveau d'exposition à l'amiante et un SPP adapté			31/12/14	Terminé
L'aide au repérage de l'origine professionnelle des tumeurs de vessie			01/01/15	En cours - Retard (plus de 9 mois)
Brochure à l'attention des professionnels de santé sur la déclaration des cancers professionnels en maladie professionnelle réalisé par un groupe de travail interinstitutionnel piloté par l'INCa			30/04/15	Terminé
Tous les assurés concernés (72 000) contactés par le réseau des CARSAT pour une évaluation de leur niveau d'exposition à l'amiante et un SPP adapté			31/12/15	Terminé
Formation des médecins du travail dans le cadre de la quatrième enquête « Surveillance médicale des expositions des salariés aux risques professionnels (Sumer) » 2016/2017, pilotée par la DARES et la DGT, afin de leur permettre de repérer les secteurs où les salariés qui sont susceptibles d'être exposés, notamment aux CMR, et de mieux cibler le suivi post-exposition			31/12/17	En cours - Retard (moins de 3 mois)
Résultats sur le taux de retour global des assurés contactés dans le cadre de la campagne d'information			31/12/17	En cours - Retard (moins de 3 mois)
<p>Les jalons existants de l'action sont en cours, même si des difficultés techniques de mise en œuvre en a retardé la réalisation.</p> <p>1-Le rapport annuel 2015 de la branche ATMP montre que le nombre de cancers de la vessie reconnus comme maladies professionnelles dans le cadre des tableaux (99 cas en 2011, 153 cas en 2015) et par la voie complémentaire (8 en 2011 à 29 en 2015) poursuit son augmentation.</p> <p>2 -Suivi post professionnel des allocataires de l'ATA : Sur la première vague d'envoi, le taux de retour des assurés est d'environ 30%. Pour une meilleure information des assurés, l'Assurance maladie a publié sur son site la liste des radiologues réalisant les examens préconisés par la HAS pour le SPP.</p> <p>La formation des médecins du travail dans le cadre de la quatrième enquête « Surveillance médicale des expositions des salariés aux risques professionnels (Sumer) » 2016/2017 est pilotée par la DARES et la DGT, afin de leur permettre de repérer les secteurs où les salariés sont susceptibles d'être exposés, notamment aux CMR, et de mieux cibler le suivi post-exposition.</p>				

N°	Libellé	Responsable de l'action	Jalons terminés	État calculé de l'action
12.4	Soutenir la surveillance épidémiologique et la recherche pour améliorer les connaissances sur les cancers professionnels.	Santé publique France	2 sur 10 (20%)	Retard (plus de 9 mois)
Responsables associés : ANSES; DGT		Partenaires : INCa; ARS		

Jalon	Fin prévue le	État du Jalon
Evaluation de l'exposition des agriculteurs aux dérivés arsenicaux utilisés comme produits phytosanitaires	31/12/15	En cours - Retard (plus de 9 mois)
Publication sur la multi-exposition à partir des données de Sumer 2009-2010	30/06/16	Terminé
Description par type de cancer des situations professionnelles à risques de cancers, selon le RNV3P, en estimant les niveaux de certitude.	31/12/16	En cours - Retard (plus de 9 mois)
Fonctionnement des GAST dans 50% des régions françaises et actualisation de la base informatique des signaux de l'InVS	31/12/16	Terminé
Rapport pilote de l'étude Sicapro relative à la production de taux d'incidence des cancers par profession et par secteur d'activité	31/12/16	En cours - Retard (plus de 9 mois)
Production de la matrice emplois-expositions (MEE) travail de nuit	30/06/17	En cours - Retard (de 3 à 9 mois)
Production d'un rapport sur la situation des mésothéliomes en France	31/12/17	En cours - Retard (moins de 3 mois)
<p>- Exposition aux dérivés arsenicaux : Analyse et interprétation des résultats finalisées en juillet 2017. Information disponible sous forme de plaquette sur le site de Santé publique France qui devrait être en ligne fin 2017</p> <p>- Analyses RNV3P : changement d'équipe, méthodologie développée, 9 localisations retenues, rapport prévu en mars 2018</p> <p>- Sicapro : autorisation CNIL DR 2016-498 du 30-12-2016, constitution de la base d'études en S2 2017, analyses et rapport fin 2018</p> <p>- MEE travail de nuit : matrice en cours de finalisation. Premiers résultats attendus en 2018</p> <p>- Rapport mésothéliomes reporté en 2018 pour disposer de 20 ans de données PNSM</p> <p>- Déploiement des enquêtes d'expositions dans le cadre du DNSM : groupe de travail en 2017 terminé, protocole fin 2017, CNIL fin 2018, déploiement en 2019</p> <p>- Gast : territoire national couvert sauf Ile-de-France et régions ultramarines</p>		

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

N°	Libellé	Responsable de l'action	Jalons terminés	État calculé de l'action
12.5	Développer l'observation et la surveillance et améliorer la connaissance concernant les cancers liés aux expositions environnementales en population générale.	Santé publique France	13 sur 20 (65%)	Retard (plus de 9 mois)
Responsables associés : ANSES; INCa; IReSP; ITMO cancer		Partenaires : INCa		
Jalon			Fin prévue le	État du Jalon
Publication par l'Anses d'un numéro des cahiers de la recherche faisant le point sur les projets de recherche en cours sur Cancer-Environnement			01/12/14	Terminé
Sélection des projets de l'APR PNR EST 2014 retenus pour financement et lancement de l'appel 2015 avec une rubrique "cancer et environnement" (Anses)			01/12/14	Terminé
Etude d'impact sanitaire de l'exposition aux sous-produits de chloration de l'eau potable sur le cancer de la vessie (InVS/E1).			30/06/15	Terminé
Sélection des projets de l'APR PNR EST 2015 retenus pour financement et lancement de l'appel 2016 avec une rubrique "cancer et environnement" (Anses)			01/10/15	Terminé
Analyses statistiques des niveaux de biomarqueurs d'exposition et de leurs déterminants. Rapport final du volet périnatal du programme national (InVS)			31/12/15	Terminé
Etude de faisabilité pour la surveillance multi-sites de l'incidence des cancers autour des centrales nucléaires (InVS/E3).			31/12/15	Terminé
Etude pilote sur l'évaluation des expositions environnementales des cas de mésothéliome recueillis dans le cadre de la DO (InVS/E2)			31/12/15	Terminé
Analyse de la relation entre l'incidence des cancers de la vessie chez l'adulte et l'exposition aux sous-produits de la chloration présents dans l'eau			30/06/16	Terminé
Etude des variations spatio-temporelles d'incidence du cancer du testicule dans le contexte de l'exposition aux perturbateurs endocriniens (InVS/E6).			30/06/16	Terminé

Jalon	Fin prévue le	État du Jalon
Suivant les résultats de E2, généralisation de l'évaluation des expositions environnementales des cas de DO-mésothéliome.	30/06/16	Non débuté - Retard (plus de 9 mois)
Sélection des projets de l'APR PNR EST 2016 retenus pour financement et lancement de l'appel 2017 avec une rubrique "cancer et environnement" (Anses)	01/10/16	Terminé
Appel à projets de recherche dans le cadre du Programme National de Recherche en Environnement-Santé-Travail (PNR EST) qui comporte une rubrique cancer-environnement.	31/12/16	Terminé
Etude nationale évaluant le lien entre pollution atmosphérique et cancer du poumon à partir des données du projet Gazel-Air (InVS/E7).	31/12/16	En cours - Retard (plus de 9 mois)
Etude de faisabilité de la surveillance de l'angiosarcome du foie en lien avec l'exposition environnementale au chlorure de vinyle monomère (InVS/E9).	30/06/17	Terminé
Sélection des projets de l'APR PNR EST 2017 retenus pour financement et lancement de l'appel 2018 avec une rubrique "cancer et environnement" (Anses)	01/10/17	Terminé
Appel à projets de recherche dans le cadre du Programme National de Recherche en Environnement-Santé-Travail (PNR EST) qui comporte une rubrique cancer-environnement.	31/12/17	En cours - Retard (moins de 3 mois)
La généralisation des enquêtes d'exposition DO- Meso se fera dans le cadre du nouveau dispositif DNSM, en cours de mise en place.		

N°	Libellé	Responsable de l'action	Jalons terminés	État calculé de l'action
12.6	Réduire l'exposition de la population aux polluants atmosphériques aux valeurs limites européennes définies en 2010.	DGEC	1 sur 2 (50%)	Planning respecté
Responsables associés : DGPR		Partenaires : INCa		
<p>Réalisé à la suite d'un important travail scientifique et à la consultation des parties prenantes, le PREPA a été adopté en mai 2017. Il se compose d'un décret qui fixe les objectifs de réduction à horizon 2020, 2025 et 2030, conformément aux objectifs européens et d'un arrêté qui fixe les orientations et actions pour la période 2017-2021, avec des actions de réduction dans tous les secteurs (industrie, transports, résidentiel tertiaire, agriculture).</p> <p>La mise en œuvre du PREPA permettra :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- De limiter très fortement les dépassements des valeurs limites dans l'air : ceux-ci sont réduits fortement dès 2020, et quasiment supprimés à horizon 2030. La concentration moyenne en particules fines baissera d'environ 20 % d'ici 2030 ;</li> <li>- D'atteindre les objectifs de réduction des émissions à 2020 et 2030. Les mesures du PRÉPA sont tout particulièrement indispensables pour atteindre les objectifs de réduction des émissions d'ammoniac ;</li> <li>- De diminuer le nombre de décès prématurés liés à une exposition chronique aux particules fines d'environ 11 200 cas/an à horizon 2030.</li> </ul> <p>Le PREPA est un plan d'action interministériel d'actions sur la période 2017-2021 dont le suivi sera assuré par le Conseil national de l'air au moins une fois par an.</p> <p>La consultation a été conduite du 6 au 27 avril 2017.</p> <p>Le PREPA a été présenté aux membres du Plan Cancer le 27 juin 2017 et au Conseil National de l'Air le 30 octobre 2017.</p> <p>Depuis son adoption en mai dernier, plusieurs actions du PREPA sont déjà engagées dans le secteur industriel (projets de textes réglementaires en cours de consultation pour les installations moyennes de combustion, expérimentation d'un fonds air-industrie en vallée de l'Arve...), des transports (déploiement des certificats qualité de l'air, travaux lancés pour réduire les émissions liées aux navires, primes, évolution des conditions d'homologation des véhicules...), et du résidentiel (fonds air bois de l'ADEME...).</p>				

N°	Libellé	Responsable de l'action	Jalons terminés	État calculé de l'action
12.7	Diminuer l'exposition de la population aux rayonnements ionisants à visée diagnostique.	ASN	4 sur 11 (36%)	Retard (plus de 9 mois)
Responsables associés : INCa		Partenaires :		
<b>Jalon</b>			<b>Fin prévue le</b>	<b>État du Jalon</b>
Mise à disposition de l'outil Smartphone pour les demandeurs d'exams			31/12/14	Terminé
Publication d'un rapport sur l'état d'avancement du PAC MDIM et présentation devant les parties prenantes			31/12/14	Terminé

Jalon	Fin prévue le	État du Jalon
Consultation sur un projet de décision de l'ASN sur le management de la qualité et de la gestion de risque en imagerie	01/07/15	En cours - Retard (plus de 9 mois)
Définition des modalités de la campagne d'information des demandeurs d'examens et des outils d'aide	31/12/15	Terminé
Publication de la décision de l'ASN sur le management de la qualité et gestion de risque en imagerie	30/06/16	Non débuté - Retard (plus de 9 mois)
Campagne d'information des demandeurs d'examens	31/12/16	En cours - Retard (plus de 9 mois)
Décision de l'ASN relative à la formation continue à la radioprotection des patients des demandeurs d'examens	30/06/17	Terminé
Déploiement des outils d'aide à partir de 2017 (dont formation des médecins demandeurs)	31/12/17	En cours - Retard (moins de 3 mois)
<p>La finalisation du projet de décision relatif au management de la qualité en imagerie médicale s'est poursuivie en 2017. Compte tenu de la date probable de publication (début 2018) des décrets de transposition de la directive Euratom 2013/59 du 5 décembre 2013 fixant les normes de base relatives à la protection sanitaire contre les dangers résultant de l'exposition aux rayonnements ionisants, la décision de l'ASN devrait être soumise à homologation dans le courant du 1er semestre 2018, après mise à consultation des parties prenantes.</p> <p>Après publication au Bulletin Officiel de l'ASN de la décision n°2017-DC-0585 relative à la formation continue des professionnels à la radioprotection des personnes exposées à des fins médicales, l'ASN a lancé le processus d'approbation des guides de formation qui serviront de référentiels aux organismes de formation professionnelle continue.</p> <p>Après redéfinition des modalités de la campagne d'information désormais limitée aux demandeurs d'examens d'imagerie médicale, le développement des outils nécessaires (révision de l'ergonomie du guide de bon usage des examens d'imagerie médicale) reste en cours avec un déploiement maintenu dans le courant de 2018.</p> <p>Le deuxième plan d'action de l'ASN relatif à la maîtrise des doses dans le domaine de l'imagerie médicale va être adressé au ministre des solidarités et de la santé pour avis. Sa publication, après la publication des décrets susmentionnés, sera assortie d'un nouvel avis de l'ASN pour souligner l'importance à la fois de la poursuite d'actions jugées prioritaires et de plusieurs actions nouvelles.</p>		

N°	Libellé	Responsable de l'action	Jalons terminés	État calculé de l'action
12.8	Diminuer l'exposition aux rayonnements ultraviolets artificiels et naturels.	DGS	8 sur 10 (80%)	Retard (moins de 3 mois)
Responsables associés : Santé publique France		Partenaires : INCa		
<b>Jalon</b>			<b>Fin prévue le</b>	<b>État du Jalon</b>
Diffusion d'une campagne d'information sur les risques liés aux UV solaires (SpFrance)			31/08/14	Terminé
Saisine de la Commission européenne sur les risques liés aux appareils de bronzage			30/09/14	Terminé
Diffusion d'une campagne d'information sur les risques liés aux UV solaires (SpFrance)			30/09/15	Terminé
Mise en place d'un groupe de travail pour la refonte des campagnes d'information sur les risques UV (DGS)			31/12/15	Terminé
Diffusion d'une campagne d'information sur les risques liés aux UV solaires (SpFrance sous réserve: modèle des campagnes 2010-2014)			30/09/16	Terminé
Elaboration des contenus et supports de la nouvelle campagne d'information sur les risques UV, destinée au grand public (SpFrance sous réserve)			31/12/16	Terminé
Mise en œuvre des campagnes d'information actualisées sur les risques UV à destination du grand public (SpFrance sous réserve)			30/09/17	Terminé
Réflexion sur l'amélioration de la prise en compte de l'exposition des travailleurs aux risques dus aux rayonnements UV naturels (DGT)			31/12/17	Non débuté - Retard (moins de 3 mois)

En janvier 2016, l'article 21 de la loi n° 2016-21 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé (LMSS), a fixé un objectif de renforcement des conditions de mise à disposition des appareils de bronzage au public. En effet, cet article a d'une part, interdit certaines pratiques commerciales (offres de séances de bronzage de type « illimitées », « gratuites » ou « à prix promotionnel » et celles qui font croire à un bénéfice des UV artificiels pour la santé) et, d'autre part, prévu des mesures d'encadrement par décret en Conseil d'Etat (formation des professionnels, conditions de mise à disposition des appareils au public, information du public sur les risques pour la santé liés à l'utilisation de ces appareils).

En outre, un décret en Conseil d'Etat devra fixer les modalités d'interdiction de vente d'appareil de bronzage au public en France. Ce texte a été notifié à la Commission européenne qui a formulé des observations. La publication de ce texte réglementaire est attendue fin 2017. Cette mesure s'inscrit dans le jalon programmé au 31/01/2018 "Etude des modalités et des impacts de l'interdiction de vente d'appareils de bronzage au public en France (DGS-DGCCRF)".

Durant l'été 2016, les campagnes d'information grand public ont été diffusées selon les mêmes modalités que les années précédentes. La refonte des campagnes d'information grand public devra s'est poursuivie début 2017 afin de permettre la diffusion des nouveaux supports dès l'été 2017. Il convient de noter qu'un groupe de travail s'est réuni début novembre 2015 à l'initiative de la DGS puis en janvier 2016 à l'initiative de SpFrance. Les travaux du groupe de travail ont été suspendus à la demande de l'ANSP du fait de priorités fortes pour d'autres thématiques. Cette action figure comme faisant partie des actions ayant un léger retard (moins de trois mois). Toutefois, au début de l'année 2017, SpFrance a fait des propositions pour élaborer les contenus et supports de la nouvelle campagne d'info sur les risques UV destinés au grand public. Cet objectif s'insère dans le jalon programmé au 31/12/2016 « élaboration des contenus et supports de la nouvelle campagne d'information sur les risques UV, destinée au grand public ».

DGS: nov. 2017 :

En juillet 2017, une nouvelle infographie développée par l'INCA en lien avec SpFrance a été publiée sur le site e-cancer : <http://www.e-cancer.fr/content/view/line/210754>. Cette infographie intègre des messages de prévention à la fois sur les UV naturels et les UV artificiels.

N°	Libellé	Responsable de l'action	Jalons terminés	État calculé de l'action
12.9	Sensibiliser le public sur la façon de réduire l'exposition aux substances classées cancérigènes possibles, notamment chez la femme enceinte et les enfants en bas âge (par exemple exposition aux pesticides et biocides à usage domestique).	INCa	4 sur 6 (67%)	Retard (moins de 3 mois)
Responsables associés : DGS; Santé publique France		Partenaires :		
<b>Jalon</b>			<b>Fin prévue le</b>	<b>État du Jalon</b>
Mise à jour du site web de l'INCa sur les risques liés aux pesticides			30/06/14	Terminé
Publication d'une fiche repère sur pesticides et risques de cancer			31/07/14	Terminé
Publication Fiche repère "traitements hormonaux de la ménopause et risque de cancers"			31/01/15	Terminé
Identification des parties prenantes et relais			31/12/16	Terminé
Dispositif d'information et diffusion des connaissances et recommandations via un réseau d'émetteurs identifiés			31/12/17	En cours - Retard (moins de 3 mois)
Fiche repère "Traitements hormonaux de la ménopause" publiée en février 2015. Largement reprise par les médias.				
Réunion "femmes enceintes-environnement" avec la participation d'autres agence sanitaires, ARS, et associations le 22 mai 2017 avec pour objectif le suivi des projets financés dans la thématique par l'AAP DEPIPREV depuis 2015, la hiérarchisation des messages à diffuser auprès des femmes enceintes et parents de jeunes enfants.				

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

Indicateur	Valeur	Date	Rappel cible
Pourcentage des crédits de l'ensemble des appels à projets de l'INCa et de l'Aviesan cancer alloués à la recherche fondamentale Source : INCa – DGOS – ITMO Cancer	55,9 %	16/12/16	%

### Sous objectif : S'appuyer sur une recherche fondamentale compétitive

N°	Libellé	Responsable de l'action	Jalons terminés	État calculé de l'action
13.1	Garantir l'indépendance et la créativité de la recherche en assurant un taux de financement pour la recherche fondamentale sur le cancer supérieur à 50 % des crédits de l'ensemble des appels à projets de l'INCa et de l'Aviesan cancer.	INCa; ITMO cancer; Aviesan	8 sur 12 (67%)	Planning respecté
Responsables associés :		Partenaires :		
<p>13.1 Général:</p> <p>En 2017, la recherche fondamentale est restée une priorité de la programmation des appels à projets de l'INCa et de l'ITMO Cancer-Aviesan. Les appels à projets de recherche fondamentale financés par l'INCa couvrent les champs de la biologie du cancer et des sciences humaines et sociales, épidémiologie et santé publique. Ainsi, en 2017, plus de 16,6 M€ ont été attribués aux 30 projets retenus au programme « Biologie et sciences du cancer » et plus de 3,6 M€ aux 17 projets sélectionnés à l'appel de SHS-E-SP.</p> <p>D'autres domaines de recherche prioritaires spécifiques du Plan cancer 2014-2019 sont couverts par des programmes de l'ITMO Cancer-Aviesan. En 2017, les programmes interdisciplinaires de « Biologie des systèmes » et de « Physique, mathématiques et cancer » ont permis de financer les projets sélectionnés pour plus de 2 M€ et de 5 M€, respectivement. Par ailleurs, près de 3,2 M€ ont été alloués aux projets sélectionnés dans le cadre du programme dédié au financement des équipements.</p> <p>L'ITMO Cancer a également poursuivi le soutien aux jeunes équipes de recherche en cancérologie à travers le programme ATIP-Avenir (Inserm et CNRS) favorisant l'autonomie de jeunes chercheurs. Trois nouvelles équipes dans le domaine de la cancérologie ont ainsi été retenues.</p> <p>De plus, près de 2 M€ ont été alloués en 2017 pour le programme de formation à la recherche translationnelle (financement de bourses de 1 à 3 ans pour des étudiants en médecine, pharmacie ou école vétérinaire).</p>				

N°	Libellé	Responsable de l'action	Jalons terminés	État calculé de l'action
13.2	Soutenir le continuum entre une recherche fondamentale d'excellence et la recherche clinique dans les sites de recherche intégrée sur le cancer (SIRIC).	INCa; ITMO cancer	9 sur 12 (75%)	Planning respecté
Responsables associés : DGOS; DGRI		Partenaires :		
<p>En septembre 2016, dans le cadre de la coordination des SIRIC, ont été organisés sur 2 journées:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Une session de restitution de l'étude sociologique menée par une équipe du Centre de Sociologie des Organisations. Le projet coordonné par Patrick Castel et financé par l'INCa avait pour objectif de mettre en évidence les mécanismes organisationnels qui facilitent ou limitent la coopération au sein des SIRIC et notamment le rapprochement et les échanges entre la recherche et l'activité clinique. Ce projet s'est déroulé avec 144 entretiens semi-directifs réalisés (au lieu des 80 initialement prévus) avec une grande variété d'acteurs impliqués dans les 8 SIRIC. Cette session de restitution à laquelle l'ensemble des acteurs SIRIC ayant participé ont été conviés, a fait suite au rapport final adressé à l'INCa.</li> <li>- Le 4ème séminaire annuel des SIRIC réunissant les directeurs et managers des SIRIC en présence des institutions de financement. Au cours de cette journée, les 8 SIRIC ont présenté l'état d'avancement de leurs activités et programme de recherche. Des sessions d'échanges et de discussion communes ont été organisées notamment sur les activités inter-SIRIC et sur les nouvelles modalités de financement des structures par la DGOS.</li> </ul>				

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

N°	Libellé	Responsable de l'action	Jalons terminés	État calculé de l'action
13.3	Faire évoluer les formations initiales pour répondre aux besoins de la recherche en cancérologie.	DGESIP	1 sur 1 (100%)	Achevée
Responsables associés : INCa; DGRI; ITMO cancer		Partenaires :		

Un travail de recensement des masters et écoles doctorales a permis d'identifier les formations permettant d'accueillir des étudiants issus de disciplines différentes.

N°	Libellé	Responsable de l'action	Jalons terminés	État calculé de l'action
13.4	Renforcer l'attractivité des métiers de la recherche en cancérologie.	Aviesan	5 sur 7 (71%)	Planning respecté
Responsables associés : DGRI		Partenaires :		
<p>- Mise en place de la CSS2 Inserm - Pathologies du développement, hématologie et cancérologie - mandat 2016-2020: élection en cours, nomination des membres en juillet 2016</p> <p>- Recrutement 2016 de chercheurs et contrats Atip-Avenir dans le domaine de la bioinformatique : évaluation en cours</p> <p>- Programme Formation à la recherche translationnelle : +16% d'augmentation du nombre de candidats</p> <p>- Les nouvelles CSS dont la CSS2 ont été mises en place en septembre 2016.</p> <p>- 2 candidats Atip-Avenir ont été sélectionnés en 2016 dans les domaines bioinformatique-cancer et financés par le Plan cancer. Un chargé de recherche Inserm a été recruté à l'Inserm avec une prise de fonction au 1er octobre 2016.</p> <p>- 3 candidats ATIP Avenir ont été sélectionnés en 2017</p> <p>- 4 ATIP Avenir ont été reconduits en 2017</p>				

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

N°	Libellé	Responsable de l'action	Jalons terminés	État calculé de l'action
13.5	Partager les informations et les données aux niveaux national et international entre professionnels et avec le grand public.	INCa; ITMO cancer; Aviesan	4 sur 5 (80%)	Retard (moins de 3 mois)
Responsables associés :		Partenaires :		
<b>Jalon</b>			<b>Fin prévue le</b>	<b>État du Jalon</b>
13.5.1 GLOBAL ALLIANCE : Signature de l'accord d'adhésion			30/12/14	Terminé
13.5.1 GLOBAL ALLIANCE 3ème meeting plénier			11/06/15	Terminé
Intégration des patients dans la gouvernance des instances, structures et projets de recherche pilotés par l'INCa (c'poles, SIRIC, intergroupes coop.)			31/12/15	Terminé
13.5.2 Evaluer l'impact de cette mesure sur le nombre de publications à accès libre des projets de recherche financés			31/07/17	Terminé
Labellisation des candidatures sélectionnées à l'appel à candidatures			31/12/17	Non débuté - Retard (moins de 3 mois)
<p>13.5.1 L'INCa s'est engagé dans Global Alliance for Genomics and Health pour organiser le partage des données au niveau international.</p> <p>13.5.2 Au niveau national, l'INCa et l'ITMO Cancer d'Aviesan ont incité les chercheurs, via les textes de leurs appels à projets, à publier les résultats de leurs travaux dans des revues d'accès gratuits, en prenant en charge les surcoûts de frais de publication engendrés. Pour les programmes Biologie des Systèmes et Physique et Cancer, la proportion d'articles originaux en accès libre est de 87% et 50%, respectivement.</p> <p>Pour plusieurs projets, les algorithmes développés sont disponibles en open access.</p>				

## IV. OPTIMISER LE PILOTAGE ET LES ORGANISATIONS

### O 14 : FAIRE VIVRE LA DÉMOCRATIE SANITAIRE

Indicateur	Valeur	Date	Rappel cible
Etendre la participation des usagers dans les instances de pilotage et de gestion des soins ou de la recherche sur le cancer (100 % en fin de plan) Source :	71,19 %	31/12/17	100 % 31/12/18

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

N°	Libellé	Responsable de l'action	Jalons terminés	État calculé de l'action
14.1	Généraliser pour le cancer la participation des usagers dans les instances de pilotage, de gestion ou de production de soins ou de recherche.	INCa	8 sur 10 (80%)	Planning respecté
Responsables associés : DGOS; DGRI		Partenaires : ARS		
<p>Trois représentants des personnes atteintes de cancers, de leurs proches et des usagers du système de santé sont membres du comité de pilotage du Plan cancer 2014-2019 : la présidente de la Ligue nationale contre le cancer, la présidente du Collectif interassociatif sur la santé et le président de l'Union nationale des associations de parents d'enfants atteints de cancer ou de leucémie.</p> <p>La participation de représentants des usagers et des personnes malades a été étendue en 2015 à l'ensemble des instances consultatives de l'Institut national du cancer : un représentant a intégré le Comité de déontologie et d'éthique de l'INCa, et deux représentants ont été nommés membres du conseil scientifique de l'Institut (arrêté en date du 10 mars 2015).</p> <p>Formalisation en 2017 de l'implication des usagers dans les structures et instances de coordination de la cancérologie lors des procédures de renouvellement :</p> <p>Les appels à candidature pour la re labellisation des SIRIC, cancéropôles et réseaux régionaux de cancérologie prévoient le déploiement la démocratie sanitaire au niveau des gouvernances et des différentes actions menées.</p> <p>Celui des intergroupes coopérateurs de recherche clinique précise dans les missions scientifiques qu'il faut " informer les patients et les associations de patients des recherches en cours et à venir, les impliquer dans leur élaboration..."</p>				

N°	Libellé	Responsable de l'action	Jalons terminés	État calculé de l'action
14.2	Identifier les expériences et les pratiques innovantes en termes de participation des usagers et des personnes malades.	INCa	1 sur 5 (20%)	Planning respecté
Responsables associés :		Partenaires : ARS		
<p>Une approche pragmatique a été privilégiée : la mise en œuvre de la démocratie sanitaire et scientifique dans les organismes et structures de la cancérologie a été mise à l'ordre du jour des réunions et séminaires réunissant les structures de la cancérologie (SIRIC, intergroupes coopérateurs), ce qui a permis d'identifier différents modes de participation des usagers. La réflexion sur la place des usagers est en outre intégrée aux actions concernant l'évolution de ces structures, le cas échéant (réseaux régionaux de cancérologie, SIRIC, structures de gestion, cancéropôles).</p> <p>Des réunions d'échange d'expériences, rassemblant des représentants des usagers et d'associations de malades et des professionnels des structures de la cancérologie, seront régulièrement renouvelées, pour identifier les bonnes pratiques en termes d'implication des usagers.</p>				

N°	Libellé	Responsable de l'action	Jalons terminés	État calculé de l'action
14.3	Établir un bilan critique de ces expériences et formuler des objectifs et des recommandations pour le déploiement de la démocratie sanitaire dans les instances de pilotage et de coordination.	INCa	0 sur 2 (0%)	Planning respecté
Responsables associés :		Partenaires :		
<p>Les membres du Comité de démocratie sanitaire, désignés en juillet 2017 pour 4 ans, seront sollicités au cours de leur mandat pour participer à l'élaboration d'un bilan et de recommandations de bonnes pratiques en matière de participation des usagers dans le champ du cancer.</p>				

N°	Libellé	Responsable de l'action	Jalons terminés	État calculé de l'action
14.4	Évaluer de façon qualitative, au terme du Plan cancer, les dispositifs de démocratie sanitaire déployés.	INCa	0 sur 1 (0%)	Planning respecté
Responsables associés :		Partenaires :		
Cette action est programmée à l'issue du Plan cancer.				

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

N°	Libellé	Responsable de l'action	Jalons terminés	État calculé de l'action
14.5	Apporter une formation spécifique aux représentants des usagers et à leurs interlocuteurs professionnels (administrateurs ou professionnels de santé et de la recherche) dans un objectif de co-construction des politiques et des actions de lutte contre les cancers.	CISS	3 sur 5 (60%)	Retard (moins de 3 mois)
Responsables associés : INCa		Partenaires : ARS		
<b>Jalon</b>			<b>Fin prévue le</b>	<b>État du Jalon</b>
Recensement des structures concernées			30/06/15	Terminé
Identification des personnes à former et de leurs besoins			31/12/15	Terminé
Benchmark des formations existantes			30/06/16	Terminé
Analyse de l'accessibilité des formations existantes			31/12/17	Non débuté - Retard (moins de 3 mois)
<p>Différentes structures sont concernées par la mise en oeuvre de cette action : Institut national du cancer, réseaux régionaux de cancérologie, réseaux nationaux pour les cancers rares, cancéropôles, SIRIC, intergroupes coopérateurs de recherche clinique... Les personnes intéressées par ces formations sont les représentants des usagers siégeant dans les instances de gouvernance ou consultatives de ces structures, les membres d'associations qui coopèrent avec ces structures et les professionnels de ces structures qui interagissent avec les représentants des usagers et associatifs.</p> <p>L'utilité du déploiement de nouvelles formations est questionné, compte tenu de l'offre d'ores et déjà existante et de la création de l'UNAASS dont une des missions est la formation des représentants des usagers. Une analyse de la pertinence des offres existantes pour les publics concernés est une étape préalable à sa valorisation. Des participations relayant des pratiques fructueuses de coopération avec les usagers (ex. comités de protection des personnes, programmes d'éducation thérapeutique co-construits, ...) seront programmées dans les séminaires rassemblant les différentes structures de la cancérologie.</p>				

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

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

N°	Libellé	Responsable de l'action	Jalons terminés	État calculé de l'action
15.1	Mieux comprendre les inégalités sociales et géographiques face aux cancers.	INCa	6 sur 7 (86%)	Retard (moins de 3 mois)
	Responsables associés : Santé publique France	Partenaires : DGOM		
	<b>Jalon</b>		<b>Fin prévue le</b>	<b>État du Jalon</b>
	Définition d'une procédure standardisée de géocodage des individus enregistrés par les registres de cancer et attribution d'un EDI		22/12/14	Terminé
	Publication du rapport sur l'incidence des cancers au niveau départemental		30/07/15	Terminé
	Mise en place de la procédure standardisée de géocodage des individus enregistrés par les registres de cancer et attribution d'un EDI		30/12/15	Terminé
	Définition et validation d'un EDI destiné aux habitants des DOM		30/12/16	Terminé
	Mise à disposition de la répartition des cas incidents selon les stades au diagnostic		30/12/16	Terminé
	Evaluation de la mise à disposition des données d'incidences observées en zone registres selon les indices de défavorisation sociale		30/09/17	Terminé
	Mise à disposition des estimations nationales d'incidence des cancers selon les indices de défavorisation sociale		30/12/17	En cours - Retard (moins de 3 mois)

PREMIERE PUBLICATION D'ESTIMATIONS DE L'INCIDENCE DES CANCERS DANS LES DEPARTEMENTS DE FRANCE METROPOLITAINE

Après plus de dix ans de travaux méthodologiques sur les données d'hospitalisation et de reconnaissance des cancers comme affection de longue durée, des estimations d'incidence des cancers ont pu être produites pour la première fois à l'échelle des départements métropolitains, en utilisant comme référence les données des registres départementaux de cancers. Les estimations, réalisées sur la période 2008-2010, concernent 8 cancers chez les hommes (lèvres-bouche-pharynx, œsophage, côlon-rectum, larynx, poumon, prostate, testicule, lymphome malin non-hodgkinien) et 8 cancers chez les femmes (lèvres-bouche-pharynx, côlon-rectum, poumon, sein, col de l'utérus, corps de l'utérus, ovaire, vessie).

Bien que cette étude n'ait pas pour objectif d'analyser les liens entre facteurs de risque et incidence des cancers, des disparités interdépartementales d'incidence ont été mises en évidence pour les cancers pour lesquels les facteurs de risque personnels (tabac, alcool) sont importants et connus. Chez les hommes, une sur-incidence des cancers des lèvres-bouche-pharynx, de l'œsophage, du larynx et du poumon a ainsi été mise en évidence dans le Nord tout comme une sur-incidence du cancer du poumon chez les femmes dans le Sud ainsi qu'en Ile-de-France. Il ne faut cependant pas oublier le rôle possible d'autres facteurs de risque (professionnels, environnementaux, etc.) dans la survenue de ces cancers ni le délai de latence entre l'exposition à un facteur de risque et le diagnostic de cancer.

Pour les autres cancers, les disparités départementales sont moins nettes. Il s'agit, pour la plupart, de cancers dont les facteurs de risque sont moins connus.

MISE EN PLACE D'UN PROJET D'EVALUATION DE L'ENVIRONNEMENT SOCIOECONOMIQUE DU LIEU DE RESIDENCE DES PATIENTS ENREGISTRES DANS LES REGISTRES DE CANCER DU RESEAU FRANCIM

Comme annoncé dans le précédent rapport, une étude a obtenu un financement d'une durée de 3 ans afin de développer, en routine, une procédure de géocodage permettant d'attribuer un index de défavorisation sociale à chaque patient atteint d'un cancer enregistré dans les registres de cancer du réseau FRANCIM.

Le géocodage consiste à identifier l'IRIS (Ilots Regroupés pour l'Information Statistique : un niveau géographique plus fin que le seul niveau communal) de chaque patient à partir de son adresse d'habitation au moment de son diagnostic. A chaque IRIS, sera attribuée la valeur d'un index de défavorisation, construit à partir de 10 variables obtenues par le recensement général de la population (proportions de ménages sans chauffage, de logement surpeuplés, de familles monoparentales...). Ainsi, par l'intermédiaire de l'IRIS, chaque nouveau patient diagnostiqué se verra attribuer la valeur de l'index de défavorisation correspondant à son lieu de résidence au moment du diagnostic. Ces informations, déterminées pour environ 120 000 personnes atteintes d'un cancer par an, seront ensuite regroupées dans la base de données commune des registres des cancers et permettront d'estimer les taux d'incidence de cancer selon le degré de défavorisation. Ultérieurement, lorsque le recul par rapport au diagnostic sera suffisant, ces travaux permettront d'étudier la survie selon le degré de défavorisation au moment du diagnostic. Ensuite, les résultats de ces travaux permettront d'adapter aux différents niveaux de défavorisation, des actions de prévention et d'éducation pour la santé.

Les données présentant la répartition des cas de cancers du sein, du colon et du rectum selon le stade au diagnostic sont disponibles. Le rapport est en cours de relecture finale. il devrait être publié début 2017. Un second tome relatif à la répartition par stade des cas de cancers de la prostate, de la thyroïde et de mélanomes sera disponible en 2018.

N°	Libellé	Responsable de l'action	Jalons terminés	État calculé de l'action
15.2	Renforcer l'évaluation de l'accès et du recours au dépistage organisé des cancers.	INCa	1 sur 6 (17%)	Retard (plus de 9 mois)
	Responsables associés : DGS; ASIP	Partenaires : DGOM		
	<b>Jalon</b>		<b>Fin prévue le</b>	<b>État du Jalon</b>
	Lancement de l'appel d'offre pour une assistance à maîtrise d'ouvrage		31/12/15	Terminé
	Validation de l'architecture du système d'information sur présentation de différents scénarii de système d'information et des estimations de coûts		31/12/16	En cours - Retard (plus de 9 mois)
Trois scénarios d'évolution du système d'information des dispositifs de dépistage ont été explorés par l'INCa. Une phase de concertation sur le scénario cible a été engagée au dernier trimestre 2016.				
En l'état, compte-tenu des autres chantiers prioritaires liés notamment à l'évolution des structures de gestion et de leurs missions, à la généralisation du dépistage du cancer du col de l'utérus et à l'évolution parallèle du chantier sur le DCC (chantier similaire pour un collecteur-analyseur, source d'économie d'échelle), seuls les attendus des systèmes d'information régionaux (logiciels métiers des structures de gestion) et de l'organisation et le pilotage du système d'information ont été décrits dans les instructions et projets de cahier des charges d'évolution des structures de gestion (instruction DGS de décembre 2016 et mai 2017).				
La solution centralisée nationale identifiée pour recueillir des informations sur le dépistage pour les besoins des acteurs nationaux et régionaux à partir des systèmes d'information des structures régionales, construites dans un cadre d'interopérabilité fera l'objet de spécification et d'une consultation en 2018 pour un développement et un déploiement fin 2019.				

N°	Libellé	Responsable de l'action	Jalons terminés	État calculé de l'action
15.3	Faire du dossier communicant de cancérologie un outil d'observation et d'évaluation des soins au niveau local, régional et national.	INCa	3 sur 7 (43%)	Retard (plus de 9 mois)
	Responsables associés : ASIP; DSSIS	Partenaires :		
	<b>Jalon</b>		<b>Fin prévue le</b>	<b>État du Jalon</b>
	Constitution d'un groupe de travail ayant pour objectif le déploiement d'un collecteur, et l'évaluation des documents pouvant être mis à disposition		28/02/15	Terminé
	Rapport d'analyse sur les contraintes législatives (évolutions législatives, accès aux données, consentement des personnes, anonymisation...)		30/12/15	Terminé
	Lancement d'un appel d'offre ayant pour objectif le déploiement effectif du collecteur national		28/02/16	Terminé
	Mise en service effective du collecteur national		28/02/17	Non débuté - Retard (plus de 9 mois)
	Rapport d'analyse sur la qualité des données et leur exhaustivité présentes dans le collecteur national		30/06/17	Non débuté - Retard (de 3 à 9 mois)
	Conception d'indicateurs national et infra national de pilotage et d'évaluation de la qualité de prise en charge		30/12/17	Non débuté - Retard (moins de 3 mois)
<p>En juillet 2016, l'INCa a présenté le rapport d'étude relatif aux traitements de données à caractère personnel à la CNIL. Une action a été entreprise afin de s'assurer de la possibilité d'utilisation du NIR dans le cadre défini par la nouvelle de santé. Le schéma directeur du composant national du DCC (ou collecteur national) doit intégrer des dispositions communes avec le SNDS et le DMP, et tenir compte des évolutions de la réglementation Européenne relatives à la responsabilité de traitement de ce type de données. Des prestations sont mobilisées afin de réaliser le PIA (Personnel impact assessment) comme demandé par la Cnil. Le lancement du marché relatif au développement technique du composant national est prévu fin 2017.</p>				

N°	Libellé	Responsable de l'action	Jalons terminés	État calculé de l'action
15.4	Appréhender les parcours de soins grâce à la « cohorte cancer ».	INCa	8 sur 10 (80%)	Retard (de 3 à 9 mois)
	Responsables associés : IReSP	Partenaires :		
	<b>Jalon</b>		<b>Fin prévue le</b>	<b>État du Jalon</b>
	Rapport sur l'évolution de la trajectoire de soins des personnes atteintes d'un cancer du sein 2010-2012		30/12/14	Terminé
	Mise à disposition des tableaux de bord issus de l'algorithme cancer sur le site de l'ATIH		31/01/15	Terminé
	Rapport sur la prise en charge et le parcours de soins des enfants et jeunes adultes au travers des bases médico-administratives		31/07/15	Terminé
	Définition d'un algorithme permettant d'identifier les personnes atteintes d'un cancer et prises en charge en Soins de Suite et de Réadaptation (SSR)		31/12/15	Terminé
	Rapport d'étude de la trajectoire de soins des personnes atteintes d'un cancer colorectal		31/12/15	Terminé
	Mise en place des tableaux de bord sur l'activité de chirurgie relative à la prise en charge des personnes atteintes d'un cancer		30/06/16	Terminé
	Rapport d'étude de la trajectoire de soins des personnes atteintes d'un cancer de la prostate		30/12/16	Terminé
	Analyse de la prise en charge en soins ambulatoires des personnes atteintes d'un cancer		30/06/17	En cours - Retard (de 3 à 9 mois)
	Rapport d'étude de la trajectoire de soins des personnes atteintes d'un cancer du poumon		30/12/17	Terminé

Afin de développer ses missions d'observation et d'évaluation, l'INCa met en place une cohorte des personnes atteintes de cancer s'appuyant sur les données de l'Assurance maladie (SNIIR-AM). Celle-ci permet de documenter toutes les consommations de soins de ces personnes (hospitalisation, médecine de ville, médicaments, actes d'imagerie, actes paramédicaux... mais aussi recours aux transports sanitaires, aux arrêts maladie...) pour une durée de 25 ans.

Une première étude « pilote » des trajectoires de soins des femmes ayant un cancer du sein pendant leur première année après le diagnostic s'est avérée riche d'enseignements. Elle est en cours d'actualisation. L'étude de faisabilité sur les trajectoires du cancer du côlon - rectum a soulevé un certain nombre de questions qui sont traitées dans le cadre de groupes de travail ad hoc. D'autres projets orientés vers les DOM et la chirurgie ambulatoire sont en cours. Les travaux sur le cancer de la prostate sont entrepris par la CNAMTS.

Un algorithme visant à identifier les hospitalisations en SSR en lien avec le cancer été élaboré en associations avec des cliniciens et des médecins DIM et sera publié très prochainement. Une restitution de résultats sous forme de tableaux de bord est en discussion avec l'ATIH.

N°	Libellé	Responsable de l'action	Jalons terminés	État calculé de l'action
15.5	Développer l'évaluation en économie de la santé.	INCa	7 sur 8 (88%)	Planning respecté
Responsables associés : DGOS; IReSP		Partenaires :		
Les tableaux de bords relatifs à l'activité de chimiothérapie anticancéreuses jusqu'en 2014 ainsi que les données régionales ont été mis à disposition au troisième trimestre 2016. L'évaluation des sites pilotes de chirurgie ambulatoire a démarré. L'étude médico-économique du dépistage colorectal est en cours.				

N°	Libellé	Responsable de l'action	Jalons terminés	État calculé de l'action
15.6	Mettre à disposition des indicateurs d'évaluation de la lutte contre les cancers.	INCa	1 sur 1 (100%)	Achevée
Responsables associés : Santé publique France		Partenaires : HAS		

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

N°	Libellé	Responsable de l'action	Jalons terminés	État calculé de l'action
15.7	Conforter la surveillance et l'observation épidémiologiques des cancers à partir des registres.	INCa	6 sur 11 (55%)	Retard (de 3 à 9 mois)
Responsables associés : Santé publique France		Partenaires :		
<b>Jalon</b>			<b>Fin prévue le</b>	<b>État du Jalon</b>
Diffusion aux registres du Réseau Francim du manuel des procédures qualité en version 1 (incluant le référentiel d'auto évaluation)			30/12/15	Terminé
Travaux afin de faciliter l'accès au RNIPP pour les registres des cancers			30/12/15	Terminé
Publication des estimations de survie globale et survie nette à 5, 10 et 15 ans globalement, par sexe, par classes d'âges et par périodes			30/05/16	Terminé
Mise à disposition de la répartition des cas incidents selon les stades au diagnostic			30/12/16	Terminé
Mise en place d'une base documentaire de type gestion électronique de documents au sein des registres des cancers			30/12/16	Terminé
Mise à disposition des incidences des cancers dans la tranche d'âge 15-17 ans			30/05/17	En cours - Retard (de 3 à 9 mois)
Diffusion aux registres du Réseau Francim du manuel des procédures qualité en version 2 (incluant le référentiel d'auto-évaluation)			30/12/17	Terminé
Les discussions sur un accès au RNIPP se sont poursuivies avec le CESP de l'Inserm et l'Insee. Un contact avec le directeur général de la DRESS a également été pris, une note lui a été transmise et ce sujet semble être en discussion entre la DRESS et l'Insee. Par ailleurs des travaux sur la possibilité d'accès aux certificats de décès par les registres ont été amorcés et des tests devraient être effectués en 2017.				

N°	Libellé	Responsable de l'action	Jalons terminés	État calculé de l'action
15.8	Sécuriser l'accès aux données et l'interopérabilité tout en assurant la confidentialité.	ASIP	3 sur 3 (100%)	Achevée
	Responsables associés : INCa	Partenaires :		
	<p>L'état des lieux est débuté, et l'identification des cas d'usage par l'INCa est en cours (sources/ objectifs/finalités/processus d'exploitation d'information en place/ parties prenantes). Il s'agit d'un pré-requis aux actions à conduire par l'ASIP Santé. L'article L.1111-8-1 du Code de la santé publique (rédaction issue de la loi modernisation de notre système de santé du 26 janvier 2016) autorise l'utilisation du NIR comme identifiant de santé des personnes pour leur prise en charge à des fins sanitaires et médico-sociales.</p> <p>Les dispositions de la loi Informatique et Libertés prescrivant une procédure particulière d'autorisation à raison de l'utilisation du NIR dans un traitement de données à caractère personnel ne sont pas applicables aux traitements qui utilisent ce numéro exclusivement dans les conditions prévues à l'article L.1111-8-1 précité.</p> <p>Un décret en Conseil d'État pris après avis de la Commission nationale de l'informatique et des libertés fixera les modalités qui autorisent l'utilisation de l'INS.</p> <p>Ce même article L.1111-8-1 précise le traitement de l'identifiant de santé peut également être autorisé à des fins de recherche dans le domaine de la santé, dans les conditions prévues au chapitre IX de la loi Informatique et Libertés.</p> <p>La loi de modernisation du système de santé a défini le NIR comme étant l'identifiant national de santé. Un amendement présenté dans le cadre de l'action 15.8 a permis d'en ouvrir les perspectives d'usage pour améliorer le rapprochement des données collectées. Un décret d'application viendra en préciser les modalités opérationnelles. En conséquence, les objectifs visés par l'action sont atteints et les jalons initialement envisagés sont obsolètes. Ci-après les extraits de la loi de santé à considérer en référence.</p> <p>Le texte de loi de modernisation du système de santé voté le 17 décembre 2015 prévoit qu'au niveau collectif, l'utilisation du NIR soit permise à des fins de recherche, d'études et d'évaluation. Ceci nécessite une déclaration au nouveau chapitre IX (regroupant les anciens chapitres IX et X de la loi informatique et libertés) et ne demande pas de décret en conseil d'Etat.</p> <p>De manière plus détaillée, le texte de loi précise que « Art. L. 1111-8-1. – I. – Le numéro d'inscription au répertoire national d'identification des personnes physiques est utilisé comme identifiant de santé des personnes pour leur prise en charge à des fins sanitaires et médico-sociales... » qu'un « décret en Conseil d'État, pris après avis de la Commission nationale de l'informatique et des libertés, précise les modalités d'utilisation de cet identifiant, notamment afin d'en empêcher l'utilisation à des fins autres que sanitaires et médico-sociales. » mais que « II. – Par dérogation au I, le traitement de l'identifiant de santé peut être autorisé à des fins de recherche, dans le domaine de la santé, dans les conditions prévues au chapitre IX de la loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 précitée. ». La loi n°78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés est modifiée : « a) Au 8° du II, après le mot : « recherche », sont insérés les mots : « aux études et évaluations ».</p>			

N°	Libellé	Responsable de l'action	Jalons terminés	État calculé de l'action
15.9	Valoriser l'observation et les données en permettant leur appropriation et exploitation par le plus grand nombre.	INCa	7 sur 9 (78%)	Planning respecté
	Responsables associés : Santé publique France	Partenaires :		
	<p>La nouvelle version du portail des données du cancer a été mise en ligne en août 2016. Le site est en phase d'alimentation. Une discussion avec les registres des cancers est entreprise afin de valoriser sur le site les registres et leurs données. La finalisation du cahier des charges relatif aux registres des cancers a été reportée afin d'intégrer les nouveautés apportées par le portail des données du cancer.</p> <p>Concernant les jalons "Rédaction d'un cahier de charges, spécifications techniques et fonctionnelles, pour la mise à disposition des données des registres des cancers" et "Développement et mise en ligne du site Internet mettant à disposition les données des registres des cancers", nous avons décidé d'utiliser le site développé pour la rubrique Les données pour publier des informations sur les registres et notamment les données observées par chaque registre.</p>			

N°	Libellé	Responsable de l'action	Jalons terminés	État calculé de l'action
15.10	Assurer la synergie des acteurs dans le domaine de l'observation et de l'évaluation.	INCa	5 sur 7 (71%)	Retard (moins de 3 mois)
	Responsables associés : Santé publique France	Partenaires :		
	<b>Jalon</b>		<b>Fin prévue le</b>	<b>État du Jalon</b>
	Actualisation des fiches de contexte "cancer" sur le site "Score santé"		30/12/14	Terminé
	Mise en place d'un programme de travail partenarial Réseau des registres des cancers Francim, Service de Biostatistique des HCL, InVS et INCa		28/02/15	Terminé
	Mise en place d'un comité de pilotage de coordination de l'observation des cancers		30/11/15	Terminé
	Déploiement de la plateforme d'observation des cancers pédiatriques Cohoper		30/06/16	Terminé

Jalon	Fin prévue le	État du Jalon
Réunion du comité de pilotage du Portail des données du cancer et de l'open data	30/06/16	Terminé
Réunion du comité de pilotage de coordination de l'observation des cancers	30/11/17	Non débuté - Retard (moins de 3 mois)
<p>Les fiches de contexte proposées par la Fnors sur le site Score-santé ont été actualisées. D'autres fiches font l'objet d'une actualisation. Le programme de travail entre le réseau des registres des cancers (Francim), le service de biostatistique des Hospices civils de Lyon, l'InVS et l'INCa se poursuit. Une première réunion du groupe de pilotage sur les données d'observation a eu lieu mi février 2016. Enfin, le comité de pilotage du portail des données a eu lieu fin 2016.</p>		

## O 16 : OPTIMISER LES ORGANISATIONS POUR UNE PLUS GRANDE EFFICACITE

Indicateur	Valeur	Date	Rappel cible
Proportion de réseaux régionaux de cancérologie labellisés sur la base de leurs nouvelles missions Source : INCa : nombre de reconnaissances délivrées	100 %	31/12/16	100 % 31/12/18
Ratio de projets émergents financés par les cancéropôles retenus au niveau national Source : Cancéropôle	0 %	31/12/15	%
Taux de mise en œuvre des nouvelles missions des réseaux régionaux de cancérologie Source : RRC : critères/indicateurs de suivi de la mise en œuvre du référentiel national			80 % 31/12/18

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

N°	Libellé	Responsable de l'action	Jalons terminés	État calculé de l'action
16.1	Afin de conforter la synergie recherche/santé, affirmer l'INCa comme opérateur des ministères de la santé et la recherche dans le champ du cancer.	DGOS; DGS; DGRI	2 sur 2 (100%)	Achevée
	Responsables associés :	Partenaires :		
	Un bilan de la mise en oeuvre du COP 2011-2014 a été réalisé par l'INCa et un nouveau contrat pour la période 2015-2018 a été signé par la ministre en charge de la Santé et le secrétaire d'Etat en charge de la Recherche.			

N°	Libellé	Responsable de l'action	Jalons terminés	État calculé de l'action
16.2	Renforcer le rôle de pilotage technique et d'animation régulière et décloisonnée des structures de la cancérologie par l'INCa en appui au pilotage stratégique des ministères de la santé et de la recherche.	INCa	10 sur 13 (77%)	Retard (moins de 3 mois)
	Responsables associés : ARS; SGMAS	Partenaires : DGOS; DGS		
	<b>Jalon</b>		<b>Fin prévue le</b>	<b>État du Jalon</b>
	Cadrage de l'action en concertation avec DGOS, DGS, DGRI, SGMAS, ARS		30/06/15	Terminé
	Organisation des relations avec les ARS pour la mise en œuvre du Plan cancer (INCa-SGMAS)		30/06/15	Terminé
	Analyse des feuilles de route régionales des ARS sur le Plan cancer (INCa)		31/12/15	Terminé
	Suivant le cadrage, déploiement du plan d'action		31/12/15	Terminé
	Séminaire 2016 structures de gestion-ARS (coordination INCa avec DGS, Cnamts)		30/06/16	Terminé
	Séminaire 2016 RRC-ARS (coordination INCa avec DGOS)		31/12/16	Terminé
	Séminaire de travail avec les DG ARS sur l'évolution des organisations		31/12/16	Terminé
	Structuration du reporting des ARS sur leur feuille de route du Plan cancer		31/12/16	Terminé
	Cadrage de l'appui aux ARS pour la conduite du changement		30/06/17	Terminé
	Séminaire 2017 RRC-ARS (coordination INCa avec DGOS)		31/12/17	Terminé
	Séminaire 2017 structures de gestion-ARS (coordination INCa avec DGS, Cnamts)		31/12/17	Non débuté - Retard (moins de 3 mois)

Les propositions d'évolution des missions et de l'organisation des RRC-3C et des structures de gestion du dépistage ont été élaborées par l'INCa en appui du pilotage stratégique du ministère en charge de la Santé (DGOS/DGS) après consultation des parties prenantes et concertation avec les ARS (rapports publiés fin 2016). Le séminaire national des RRC organisé par l'INCa en lien avec la DGOS s'est tenu le 30 juin 2017.

La réforme de l'organisation des structures de dépistage a été définie par instruction de la DGS. Le cadre de labellisation des structures régionales ainsi que les outils de pilotage seront construits par l'INCa avec les ARS et l'assurance-maladie (cf. action 16.4). Le séminaire des structures de gestion est reporté au 1er trimestre 2018.

N°	Libellé	Responsable de l'action	Jalons terminés	État calculé de l'action
16.3	Associer la MILDT aux actions du Plan cancer à mener dans le domaine de la lutte contre les drogues et les conduites addictives, ainsi qu'à leur suivi.	DGS	2 sur 2 (100%)	Achevée
Responsables associés :		Partenaires :		
A la suite de l'annonce du Plan cancer 2014-2019 et son objectif 10 portant sur la mise en place d'un programme national de réduction du tabagisme, un comité de pilotage présidé par le Directeur général de la santé, associant l'INCa, SpFrance, la CNAMTS, la Mildeca, le SGMAS, a été mis en place le 14 mars 2014 afin de lancer le chantier d'élaboration du PNRT. Le copil s'est réuni à trois reprises entre le 29 avril et le 24 octobre.				

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

N°	Libellé	Responsable de l'action	Jalons terminés	État calculé de l'action
16.4	Garantir à l'ARS un appui régional fort dans le champ de la cancérologie en misant sur le rapprochement des structures.	INCa	4 sur 4 (100%)	Achevée
Responsables associés : DGOS; DGS; ARS; SGMAS		Partenaires :		
L'INCa a remis à la DGOS ses propositions d'évolution des missions et de l'organisation des RRC et a publié son rapport fin 2016. Les reconnaissances des RRC actuels ont été reconduites jusqu'à fin 2018 dans l'attente du référentiel des nouvelles missions des réseaux, soumis à l'arbitrage du ministère de la Santé. S'agissant des structures de gestion du dépistage, à partir du projet de cahier des charges élaboré par l'INCa et remis au DGS (réponse à la saisine, février 2017), une nouvelle instruction aux ARS définit les missions et l'organisation des centres régionaux de coordination des dépistages qui devront être constitués dans chaque région à compter du 1er janvier 2019. Ils seront labellisés par l'INCa selon un cadre qui sera défini d'ici fin 2017. Des référentiels et indicateurs seront construits en appui au pilotage.				

N°	Libellé	Responsable de l'action	Jalons terminés	État calculé de l'action
16.5	Structurer l'organisation territoriale de proximité autour de l'objectif de continuité et de globalité des parcours de prise en charge.	DGOS	6 sur 11 (55%)	Retard (plus de 9 mois)
Responsables associés : DGS; INCa; ARS; DGOS; SGMAS		Partenaires : HAS		
<b>Jalon</b>			<b>Fin prévue le</b>	<b>État du Jalon</b>
Proposition dans la loi de Santé de dispositifs pour garantir une offre de coordination lisible et intégrée des professionnels sur les territoires			31/12/14	Terminé
Mise en œuvre d'une organisation expérimentale d'accompagnement de parcours complexes en cancérologie et intégrant la ville			30/06/15	Terminé
Travaux DGOS-INCa sur la pertinence du dispositif RRC-3C et le dimensionnement financier			30/06/15	En cours - Retard (plus de 9 mois)
Bilan de la première année de mise en œuvre de l'expérimentation par la DGOS			31/12/15	Terminé
Bilan DGOS de la première année de mise en œuvre de l'expérimentation des IDEC			31/12/15	Terminé
Proposition de modèles financiers et référentiels de missions des dispositifs de coordination en cancérologie			31/12/15	En cours - Retard (plus de 9 mois)
Mise en œuvre du nouveau cadre financier et de missions des dispositifs de coordination en cancérologie			31/12/16	En cours - Retard (plus de 9 mois)
Suivi de la 2ème année d'expérimentation IDEC (recueil et analyse des rapports d'activité des 45 équipes)			31/12/16	Terminé
Suivi de la 3ème année d'expérimentation IDEC (recueil et analyse des rapports d'activité des 45 équipes)			31/12/17	Terminé

L'objectif de mieux structurer les parcours des patients, en coordonnant notamment l'intervention des professionnels spécialisés et acteurs de proximité, a motivé deux démarches complémentaires dans le champ de la prise en charge des enfants, adolescents et jeunes adultes atteints de cancer:

1) L'instruction DGOS/INCa parue le 30 mai 2016 incite chaque région à mettre en place une organisation adaptée, le cas échéant appuyée sur une équipe de coordination, pour améliorer la prise en compte des besoins des adolescents et jeunes adultes. L'objectif est de mieux repérer ces jeunes, pris en charge soit en service de cancérologie adulte soit pédiatrique, de mieux détecter leurs besoins en soins de support, de les orienter vers des professionnels adaptés à leur situation et lieu de vie et de coordonner ces prises en charge tout au long de leur parcours. Des ressources ad hoc seront mobilisées à cet effet, sur la base d'un financement national (2 M€) délégué fin 2016. Les ARS et acteurs régionaux sont en cours de mise en place de ces dispositifs dont une évaluation sera conduite courant 2017.

2) L'instruction DGOS/INCa du 26 mai 2016 organise par ailleurs une enquête générale sur l'offre de traitement des cancers de l'enfant. Elle vise à prendre la mesure des évolutions en cours en cancérologie pédiatrique et de leur impact sur le parcours des enfants, notamment en termes d'accès à des soins en proximité et de bonne coordination des acteurs spécialisés et de 1er recours. Les données d'enquête sont en cours d'analyse au niveau DGOS. Ces éléments permettront d'établir un plan d'action sur le champ de l'oncopédiatrie et d'alimenter la réflexion sur le futur régime d'autorisation en cancérologie qui intégrera l'oncologie pédiatrique.

Par ailleurs, la coordination des parcours complexes en cancérologie continue de bénéficier d'un investissement important avec la poursuite de l'expérimentation des IDEC et la délégation, pour la 3ème année consécutive, de financements nationaux permettant le fonctionnement de 45 équipes IDEC sur le territoire (35 hospitalières et 10 de ville). Plus de 6 000 patients ont bénéficié sur un an (de mi 2016 à mi 2017) de cette coordination approfondie tout au long de leur parcours dans des contextes très variés: suivi de délivrance de chimiothérapie orale à domicile, organisation de parcours nécessitant des allers et retours fréquents entre ville et hôpital, situations de fin de vie, etc. La phase de recueil des données, nécessaire à l'étude médico-économique, est actuellement en cours et s'achèvera en mars 2018.

Dans le champ de l'hospitalisation à domicile, plusieurs éléments sont à souligner:

Les données d'activité d'HAD (source PMSI) ciblées sur la réalisation de chimiothérapies ou la surveillance de chimio montrent tout d'abord une évolution positive de 2014 à 2016: l'augmentation constatée s'élève respectivement à 4,98% et 12,92% si l'on considère ces prises en charge en mode de prise en charge principal (ayant suscité la consommation la plus importante de ressources) et à 8% versus 14,04% si l'on considère ces prises en charge en mode de prise en charge associé.

Par ailleurs, une prise en compte des traitements coûteux en HAD (hors liste en sus) est intervenue. Certains médicaments ou produits ne figurent pas sur cette liste (des molécules de chimiothérapie per os sont notamment concernées) et représentent un coût proportionnellement important pour les établissements d'HAD compte-tenu des différences significatives de niveaux de tarification respective entre les établissements d'HAD et les établissements MCO.

Afin d'identifier les molécules potentiellement concernées et de mieux cerner les enjeux financiers, l'instruction N° DGOS/R4/2015/304 du 9 octobre 2015 a mis en place un recueil d'information sur une liste fermée de traitements coûteux hors liste en sus consommés dans les établissements d'HAD.

En particulier, ce recueil est apparu nécessaire en vue d'alimenter les travaux lancés en 2015 sur un nouveau modèle de financement pour l'HAD et notamment d'adapter le financement de la prise en charge de la chimiothérapie en HAD (recommandation n°2 de la HAS dans son rapport publié en janvier 2015 « Conditions du développement de la chimiothérapie en Hospitalisation à Domicile : analyse économique et organisationnelle »). Ce recueil d'information a servi de base à un soutien financier à destination des établissements d'HAD ayant consommés ces traitements coûteux (hors liste en sus) : en 2015, ce soutien a été de 4 M d'euros, représentant 37% de la dépense, et en 2016, de 6 M d'euros, représentant 65.2% de la dépense.

L'INCa souhaite engager en 2018 une prestation d'analyse nationale des centres de coordination en cancérologie afin de consolider les préconisations d'évolution des 3C pour une organisation territoriale plus cohérente et plus efficiente. La prestation attendue vise donc à appuyer l'INCa dans la mise à disposition de données précises sur différents champs concernant les 3C :

- La caractérisation des différents types d'organisation des 3C ;
- La mise en œuvre de leurs missions au regard de la circulaire de 2005 ;
- Le financement et les circuits d'allocation des moyens ;
- La coordination régionale par les ARS et les RRC en liaison avec les 3C.

## Sous objectif : Conforter la structuration de la recherche en régions

N°	Libellé	Responsable de l'action	Jalons terminés	État calculé de l'action
16.6	Recentrer les missions des cancéropôles sur des champs non couverts par d'autres organisations (émergence de projets dans des thématiques et technologies innovantes et de jeunes équipes, priorités régionales ou interrégionales de recherche incluant sa valorisation).	INCa	8 sur 10 (80%)	Planning respecté
	Responsables associés : DGOS; DGRI	Partenaires :		

N°	Libellé	Responsable de l'action	Jalons terminés	État calculé de l'action
16.7	À l'issue des cinq années d'existence des 8 SIRIC, organiser en 2016 un nouvel appel à candidatures ouvert aux structures précédemment financées ou à de nouveaux projets.	INCa	4 sur 4 (100%)	Achevée
Responsables associés : DGOS; DGRI		Partenaires : INSERM		
Suite au lancement de l'appel à candidatures pour une nouvelle labellisation de sites de recherche intégrée sur le cancer (SIRIC), fin avril 2017, 16 candidatures ont été soumises mi septembre 2017. En plus des 8 SIRIC précédemment labellisés, 8 nouveaux candidats à la labellisation SIRIC se sont déclarés.				
A l'issu des auditions par le comité d'évaluation scientifique, 8 candidats ont été sélectionnés et seront labellisés en 2018				

N°	Libellé	Responsable de l'action	Jalons terminés	État calculé de l'action
16.8	Articuler les actions des SIRIC et des cancérôpôles pour renforcer les forces de recherche sur un territoire donné.	INCa	5 sur 8 (63%)	Planning respecté
Responsables associés : DGOS; DGRI		Partenaires :		
Parmi les sept cancérôpôles, cinq ont au moins un SIRIC présent sur leur territoire, et jusque trois pour le cancérôpôle IDF. Entre 2015 et 2016, ils ont formalisé leur coopération.				
En septembre 2015, le CLARA et le SIRIC de Lyon (Lyric) ont signé un accord de partenariat définissant plusieurs niveaux d'intervention, une gouvernance en interaction, une animation scientifique partagée, une stratégie coordonnée de développement de thématiques prioritaires et une coopération pour la mise en place de projets émergents ou structurant en recherche translationnelle.				
En décembre 2015, le cancérôpôle Nord-ouest et le SIRIC ONCOLille ont signé une convention cadre formalisant leur partenariat. Elle se traduit par une représentation croisée dans les instances respectives, des animations scientifiques communes avec un focus sur les Sciences Humaines et Sociales et une vision coordonnée du soutien à l'émergence.				
En 2015, le cancérôpôle PACA et le SIRIC Marseille ont signé une charte de partenariat formalisant les relations et interactions entre eux.				
En février 2016, le cancérôpôle Ile-de-France et les SIRICs Curie, CARPEM et Socrate ont signé une convention de partenariat. Ainsi les SIRICs sont représentés au sein du Comité d'Orientation et de Pilotage Stratégique du Cancérôpôle ÎdF et aux jurys des appels d'offres Emergence.				
En 2016, le cancérôpôle GSO et les SIRICs BRIO (Bordeaux) et Montpellier cancer ont signé une convention tripartite définissant les principes de leur collaboration. Elle permet notamment de soutenir conjointement l'émergence de plateformes et de mettre en place des animations scientifiques communes.				

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

N°	Libellé	Responsable de l'action	Jalons terminés	État calculé de l'action
16.9	Soutenir le développement des programmes de lutte contre le cancer des agences internationales, notamment leurs volets d'actions envers les pays francophones de l'Afrique subsaharienne et du sud de la Méditerranée.	INCa	12 sur 16 (75%)	Planning respecté
Responsables associés : Aviesan Sud; ITMO cancer		Partenaires : LNCC (Ligue)		

L'INCa apporte son soutien et collabore avec les agences internationales :

- A participé au financement de l'initiative mondiale pour le développement des registres du cancer (GICR), coordonnée par le Centre international de recherche sur le cancer (CIRC). Ce soutien cible les registres du cancer en Afrique francophone
- Participe aux travaux du centre collaborateur OMS - Méditerranée "détection précoce et dépistage des cancers"
- Travaille étroitement avec AORTIC (l'organisation africaine pour la recherche et l'enseignement sur le cancer), au développement de réseaux recherche/santé publique en Afrique francophone
- Participe aux réunions techniques stratégiques de l'OMS visant à définir les actions prioritaires de l'OMS dans la lutte contre le cancer, et a financé en 2016 une aide à la mise en œuvre des recommandations publiées par l'OMS pour la prévention du cancer du col de l'utérus dans les pays à faibles et moyens revenus. Suite à cet accord, l'INCa financera en 2018, en collaboration avec l'OMS, un projet de révision et de mise en œuvre des recommandations OMS sur le cancer du col au sein des pays du réseau COFAC-Col
- A participé au leader summit organisé par l'UICC (Union internationale contre le cancer) ainsi qu'au comité local d'organisation d'UICC 2016 et financera en 2018 en collaboration avec l'UICC un projet de renforcement des capacités de la société civile dans la lutte contre les cancers féminins en Afrique.

N°	Libellé	Responsable de l'action	Jalons terminés	État calculé de l'action
16.10	Développer des réseaux collaboratifs entre la France et les pays du sud dans le domaine de la recherche et de la santé publique, en s'appuyant notamment sur les infrastructures développées par les partenaires d'Aviesan Sud (IRD, Instituts Pasteur, Fondation Mérieux, etc.) dans les pays ciblés.	INCa	12 sur 18 (67%)	Planning respecté
	Responsables associés : Aviesan Sud; ITMO cancer	Partenaires :		
	<p>L'INCa s'appuie sur les membres d'Aviesan Sud pour ses réseaux collaboratifs :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Les partenaires d'Aviesan Sud participent aux réseaux de recherche/santé publique créés par l'INCa en Asie (Laos, Thaïlande,) et en Afrique (Gabon, Madagascar, Cameroun, Côte d'Ivoire, Sénégal) sur le cancer du col de l'utérus.</li> <li>- L'INCa apporte son soutien à des projets de recherche sur les cancers liés aux infections, qui sont dominants dans les pays du Sud, en vue de définir une stratégie de prévention et d'évaluer la valeur prédictive des différentes méthodes de dépistage. Le financement qui a été apporté à l'OMS en 2016 renforce cette stratégie et permet d'envisager concrètement la mise en œuvre des recommandations OMS pour la prévention du cancer du col de l'utérus</li> <li>- L'INCa est à l'initiative du développement d'un réseau collaboratif associant 5 pays d'Afrique francophone (Sénégal, Gabon, Côte d'Ivoire, Cameroun, et Madagascar) pour la lutte contre le cancer du col de l'utérus, qui fait partie des priorités définies par l'OMS dans le plan d'action 2013-2020 sur les maladies non transmissibles</li> <li>- L'INCa financera en 2018 en partenariat avec l'OMS un projet pilote sur dépistage-traitement cancer du col en Afrique au Sénégal</li> <li>- L'INCa financera en 2018 un projet de coopération domaine prioritaire dans le cadre de l'accord avec le Sénégal sur les cancers ORL</li> <li>- L'INCa a organisé une réunion de préfiguration avec des représentants de 9 pays africains pour la mise en place d'un réseau francophone de recherche sur le cancer de la prostate incluant des équipes de France métropolitaine, des Antilles et d'Afrique subsaharienne. Les objectifs de ce réseau ont été discutés lors de la conférence internationale AORTIC 2015 et l'INCa finance en 2017 le projet MULTIETHNIC-PROSTABASE. Ce projet constitue la première phase d'un projet plus ambitieux de constitution d'un réseau Afrique – Caraïbe – France métropolitaine visant à identifier les mécanismes associés aux facteurs génétiques (familiaux, ethniques), environnementaux et comportementaux liés au développement du cancer de la prostate, chez des hommes d'origine Africaine.</li> </ul>			

N°	Libellé	Responsable de l'action	Jalons terminés	État calculé de l'action
16.11	Participer activement aux actions de coordination des financeurs internationaux de la recherche sur le cancer et les prolonger avec les pays européens et les États-Unis, et avec les pays émergents en proposant des solutions partagées par tous.	INCa	8 sur 14 (57%)	Planning respecté
	Responsables associés : Aviesan international	Partenaires :		
	<p>L'INCa a participé en mars 2015 au meeting organisé par le CRUK et le NCI, pilotes du groupe de travail créés à l'issue du meeting des financeurs internationaux de la recherche, à la suite de son engagement lors de la conférence de Melbourne de décembre 2014.</p> <p>Des propositions pour le programme (amélioration et visibilité du réseau, clarification le rôle des financeurs, action sur les leviers les plus pertinents ..) ont été soumises au CRUK et au NCI lors de cette réunion. Des propositions d'actions seront soumises aux partenaires dans les prochains mois. L'INCa a d'ores et déjà accepté de contribuer financièrement au consortium.</p>			

## O 17 : ADAPTER LES MODES DE FINANCEMENT AUX DÉFIS DE LA CANCÉROLOGIE

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

N°	Libellé	Responsable de l'action	Jalons terminés	État calculé de l'action
17.1	Identifier et mener les évolutions nécessaires du dispositif réglementaire et tarifaire pour soutenir le développement de la radiologie interventionnelle : cette action sera mise en œuvre dans le cadre des actions 3.10 et 3.8.	DGOS		Mise en œuvre dans le cadre des actions 3.10 et 3.8.
	Responsables associés : INCa	Partenaires :		

N°	Libellé	Responsable de l'action	Jalons terminés	État calculé de l'action
17.2	Expérimenter la mise en place de forfaits pour les traitements de radiothérapie pour inciter les établissements à investir dans des techniques innovantes telles que l'hypofractionnement au bénéfice des patients : cette action sera mise en œuvre dans le cadre de l'action 3.12.	DGOS		Mise en œuvre dans le cadre de l'action 3.12.
	Responsables associés : DSS; UNCAM	Partenaires :		

N°	Libellé	Responsable de l'action	Jalons terminés	État calculé de l'action
17.3	Mener plus globalement dans le cadre du Comité de réforme de la tarification hospitalière une réflexion dédiée à l'accompagnement des innovations dans le champ de la cancérologie.	DGOS	13 sur 15 (87%)	Retard (plus de 9 mois)
	Responsables associés : INCa; DSS; UNCAM	Partenaires : ARS		
	<b>Jalon</b>		<b>Fin prévue le</b>	<b>État du Jalon</b>
	Création de groupes de travail ad hoc du copil coretah cancer sur la chimiothérapie orale, le virage ambulatoire en cancérologie et les soins de support.		01/11/14	Terminé
	Définition du programme de travail du Copil Cancer du CORETAH		31/12/14	Terminé
	Lancement et analyse d'enquêtes DGOS auprès des GT du copil coretah cancer pour recenser les freins, leviers et retours d'expériences (REX) pertinents pour l'accompagnement de la chimiothérapie orale, du virage ambulatoire en cancérologie et des SS		01/04/15	Terminé
	Réunion DGOS/INCa avec le groupe interface des ARS du Plan cancer pour solliciter des retours d'expériences pertinents sur la chimiothérapie orale, le virage ambulatoire en cancérologie et les soins de support		01/04/15	Terminé
	Saisine DGOS de l'INCa pour des travaux d'expertises sur la chimiothérapie orale et sur le "panier de soins de support" en vue de l'élaboration à terme par la DGOS de cahiers des charges organisationnels.		01/09/15	Terminé
	Analyse de l'activité hospitalière et de l'activité en médecine de ville relatives à la prise en charge des patients atteints d'un cancer		31/12/15	Terminé
	Analyse des dépenses hospitalières et des dépenses en médecine de ville relatives à la prise en charge des patients atteints d'un cancer		31/12/15	Terminé
	Elaboration d'un modèle de tarification de la primo-prescription de la chimiothérapie orale réalisée au sein des établissements de santé autorisés à pratiquer l'activité de traitement du cancer par chimiothérapie.		31/12/15	Terminé

Jalon	Fin prévue le	État du Jalon
Etude INCa sur les trajectoires de soins de patients atteints d'un cancer du sein réalisée à partir des données du PMSI et du SNIIRAM	31/12/15	Terminé
Mise en place d'une veille scientifique sur prises en charge et techniques émergentes en cancérologie (DGOS avec INCa et l'ASN, en lien avec sociétés savantes)	31/12/15	Terminé
Recommandations INCa/HAS et recommandations de pratiques professionnelles	31/12/15	En cours - Retard (plus de 9 mois)
Circulaire DGOS campagne budgétaire pour 2016 : lancement d'un recueil d'activité ad hoc DGOS/ATIH sur les primo-prescriptions de chimiothérapie orale, accompagné d'un guide de premiers éléments de contour de la PPCO	01/06/16	Terminé
Identification des leviers selon les problématiques identifiées : méthode de travail, calendrier	31/12/16	Terminé
Elaboration, - sur la base de recommandations INCa sur le panier de soins type de soins de support-, d'un cahier des charges organisationnel DGOS sur l'organisation de l'offre en soins de support pour les patients atteints d'un cancer	31/12/17	Terminé
Elaboration, - sur la base d'un parcours de soins type émis par l'INCa -, d'un cahier des charges organisationnel DGOS sur le parcours de soins des patients atteints d'un cancer sous chimiothérapie orale	31/12/17	En cours - Retard (moins de 3 mois)

Le calendrier de cette action a été décalé, en lien avec le calendrier de production par l'INCa des recommandations prévues sur les évolutions constatées en chimiothérapie orale et soins de support.

La question de la prise en compte des innovations fait partie du champ de réflexion du CORETAH cancer qui a été constitué en mai 2014 par la DGOS pour anticiper l'impact des évolutions de parcours en cancérologie sur les organisations et les financements. Trois réunions plénières du comité se sont tenues et ont arrêté les priorités de travail: la promotion des prises en charge ambulatoires, l'accompagnement de l'essor des chimiothérapies orales et l'accompagnement de l'évolution des soins de support. Pour approfondir la réflexion sur ces thématiques prioritaires, trois groupes de travail techniques ont été constitués et ont démarré en novembre 2014 leurs travaux. A l'issue d'un partage préalable d'éléments de constat (phase en cours), ils ont présenté début 2016 au comité plénier leur analyse et leurs propositions pour permettre de répondre au mieux à ces enjeux.

Chacun des trois groupes de travail s'est réuni deux fois en lien avec les fédérations hospitalières, les représentants de la médecine de ville et la Ligue nationale de lutte contre le cancer.

Cette réflexion a démarré fin 2014- 1er trimestre 2015 par une enquête auprès des acteurs sur les besoins d'évolution de cette activité, de son organisation et de son financement.

Dans ce cadre, la DGOS a rencontré, en lien avec l'INCa, les sociétés savantes du champ de la cancérologie (SFC, SFH, SFCE) ainsi que le groupe interface ARS du Plan cancer.

A partir de ces enseignements, les travaux techniques visant à cadrer l'organisation et à adapter le financement de ces activités ont démarré :

- saisine DGOS de l'INCa en juillet 2015 pour l'élaboration des prérequis organisationnels transversaux (chemin clinique) de la chimiothérapie orale. Deux documents INCa ont été remis à la DGOS en 2016: "Projections à court, moyen et long termes du développement des chimiothérapies orales" (avril 2016) et "Parcours de soins d'un patient traité par anticancéreux oraux" (juillet 2016)

- saisine DGOS de l'INCa en juillet 2015 sur le panier de soins de support, permettant de clarifier les prestations de support prioritaires mobilisables à l'appui du parcours cancer. Le document INCa a été remis à la DGOS en 2016 "Axes opportuns d'évolution du panier de soins oncologiques de support" (juin 2016)

- élaboration en cours par la DGOS de projets de deux cahiers des charges sur le cadre organisationnel territorial : de la chimiothérapie orale ; des soins de supports. Ils fixeront des organisations cibles et tiendront compte notamment des liens entre l'hôpital et la médecine de ville dans le parcours de soins des patients. Le calendrier prévu est la publication de deux instructions courant 2017 sur la base notamment de l'état des lieux DGOS précité et des prérequis établis par l'INCa. Les préconisations de l'instruction n°DGOS/R3/INCa/2017/62 du 23 février 2017 ont ainsi permis le lancement en 2017 d'une démarche de réorganisation des soins oncologiques de support au niveau des régions.

- dans le cadre de la campagne budgétaire 2016, la DGOS a créé le principe d'une dotation budgétaire pour le financement de la consultation de primoprescription de chimiothérapie orale (CPPO) pour les titulaires d'autorisation d'exercer l'activité de traitement du cancer. A cet effet, la DGOS a également mis en place début 2016 un recueil d'activité des consultations de primoprescription réalisées au sein des établissements de santé titulaires d'une autorisation d'exercer l'activité de traitement par chimiothérapie. Les travaux de modélisation de ce financement ont été finalisés à la DGOS sur la base des travaux INCa et ont eu leur traduction à l'occasion de la délégation complémentaire, en première circulaire budgétaire 2017, sur la base de l'activité réelle 2016 de CPPO déclarée par les établissements de santé titulaires d'une autorisation de traitement du cancer par chimiothérapie. Le recueil a été reconduit en 2017 en vue du financement de l'activité CPPO 2017 dans le cadre des ampagnes budgétaires 2017 et 2018.

N°	Libellé	Responsable de l'action	Jalons terminés	État calculé de l'action
17.4	Redéfinir les critères d'évaluation et de jugement du caractère innovant et de la valeur ajoutée d'une molécule permettant d'accélérer l'accès des patients aux réelles innovations : cette action sera mise en œuvre dans le cadre de l'action 5.7.	INCa		Mise en œuvre dans le cadre de l'action 5.7.
Responsables associés :		Partenaires :		

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

N°	Libellé	Responsable de l'action	Jalons terminés	État calculé de l'action
17.5	Engager, dans le cadre du Comité de réforme de la tarification hospitalière et dans le cadre des travaux sur les nouveaux modes de rémunération dans le cadre conventionnel, une réflexion sur une évolution des modes de financement apte à garantir un parcours fluide et sûr (notamment entre ville et hôpital) et une prise en charge globale (intégrant les soins de support) dans le champ du cancer : cette action sera mise en œuvre dans le cadre de l'action 17.3.	DGOS		Mise en œuvre dans le cadre de l'action 17.3.
Responsables associés : INCa		Partenaires : ARS		

N°	Libellé	Responsable de l'action	Jalons terminés	État calculé de l'action
17.6	Mettre en œuvre dans le domaine du cancer une des expérimentations de « tarification au parcours ».	DGOS	8 sur 9 (89%)	Retard (moins de 3 mois)
Responsables associés : INCa		Partenaires :		
<b>Jalon</b>			<b>Fin prévue le</b>	<b>État du Jalon</b>
Document INCa de synthèse des recommandations nationales et internationales sur la radiothérapie pour le cancer du sein et le cancer de la prostate remis au ministère			01/05/15	Terminé
Synthèse des recommandations nationales et internationales sur la radiothérapie pour les cancers du sein et de la prostate remise au ministère (INCa)			01/05/15	Terminé
Enquête de coûts de la radiothérapie oncologique (ATIH) et analyse nationale DGOS/ATIH			01/07/15	Terminé
Enquête de pratique de la radiothérapie (centres hospitaliers et libéraux) pour les cancers sein et prostate (ATIH) et analyse nationale par la DGOS/ATIH			01/07/15	Terminé
Lancement des travaux de modélisation à partir de propositions DGOS sur le périmètre et les schémas de financement de la radiothérapie oncologique et recensement des avis et propositions de principes de modèles de financement auprès du COFIL ad hoc.			01/07/15	Terminé
Publication de recommandations INCa sur la radiothérapie du cancer du sein in situ			01/07/15	Terminé
Expérimentation de forfaits en radiothérapie : cf. action 3.13			31/12/15	Terminé
Expertise INCa sollicité par la DGOS sur les évolutions proposées dans le cadre du COFIL expérimentation d'un nouveau modèle de financement de la radiothérapie pour le cancer du sein et le cancer de la prostate			31/12/15	Terminé
Lancement d'un recueil d'information médicalisé « à blanc » accompagné d'une simulation d'impact avant le déploiement de l'expérimentation.			31/12/17	En cours - Retard (moins de 3 mois)

A/ Les travaux de modélisation du financement en radiothérapie n'ont pu démarrer qu'à partir du dernier trimestre 2015, après une phase plus longue que prévu de recueil des recommandations de l'INCa et d'état des pratiques et coûts auprès des professionnels.

Les travaux expérimentaux, conduits en application de l'article 43 de la LFSS pour 2014 en vue d'un nouveau modèle de financement de la radiothérapie, concourent au rapprochement des systèmes de codage et tarification de la radiothérapie publique et privée. L'expérimentation a démarré en début d'année 2014 sur les localisations sein et prostate avec la conduite dans un premier temps de travaux d'expertise : appel à candidature en mars 2014 auprès d'équipes de radiothérapie volontaires ; démarrage des enquêtes de coût et de pratiques en juillet 2014.

Au total, 63 centres de radiothérapie se sont mobilisés pour l'enquête de pratiques, dont 30 ont participé également à l'étude de coûts.

- Restitution des résultats des enquêtes de pratiques et de coûts en groupe technique pilotée par la DGOS/ATIH puis dans le cadre du COPIL Expérimentation d'un nouveau modèle de financement de la radiothérapie début juillet 2015.

- Transmission en mai 2015 par l'INCa des travaux sur les recommandations internationales et nationales concernant la radiothérapie pour les localisations sein et prostate. Ces travaux qui prennent en compte le projet de recommandations SFRO 2015, avaient été sollicités par la DGOS pour préparer cette expérimentation.

Sur la base des conclusions de ces enquêtes et des travaux INCa, se sont engagés au second semestre 2015, les travaux DGOS permettant de définir le modèle de financement innovant le plus approprié.

Par ailleurs, les constructeurs et éditeurs de logiciels ont été sollicités en vue de l'adaptation des systèmes d'information pour la facturation et le recueil médicalisé de soins.

- L'année 2016 a été consacrée, en concertation avec l'ensemble des acteurs concernés, à la détermination des éléments du périmètre du nouveau modèle et à l'élaboration d'une proposition partagée, de type forfaitaire, fondée sur une approche par technique de radiothérapie.

- Ce modèle, validé en COPIL du 03 mars 2017, va donner lieu à une première année d'expérimentation « à blanc » début 2018, avec la mise en place d'un recueil d'information médicalisée dédié finalisé lors de ce COPIL. À la demande des professionnels, les schémas de forfaits et le recueil d'activité ad hoc ont été soumis en 2017 à une phase de pré-test auprès de centres de radiothérapie volontaires représentatifs du secteur hospitalier, public et privé ainsi que du secteur libéral (cabinets libéraux de radiothérapie). Les objectifs de cette démarche étaient de vérifier la clarté et la précision des éléments demandés ou des consignes apportées ainsi que de vérifier que les réponses aux questions sont accessibles et non équivoques. L'exploitation du recueil "à blanc" permettra d'engager les travaux de valorisation des schémas de forfaits : description de l'activité d'un centre de radiothérapie à l'aune des schémas de forfaits ; réalisation d'une première étude d'impact du nouveau modèle de financement (valorisation et effets revenus pour les structures). A cet effet, un groupe technique DGOS/ATIH sera lancé courant 2017 sur la pondération et la valorisation des schémas de forfaits.

Les recommandations ""RECORAD"" publiées par la SFRO en octobre 2016 contribuent à l'expérimentation.

- Le programme 2017 de la HAS prévoit d'inclure des travaux d'actualisation des recommandations HAS de 2006 sur la RCMI s'agissant du cancer du sein. Ces travaux sollicités par la DGOS tiendront compte, d'une part, du document INCa de « synthèses des recommandations nationales et internationales sur la radiothérapie pour les cancers du sein et de la prostate » précité, et d'autre part, des recommandations RECORAD publiées par la SFRO.

B/ Les travaux sur la tarification au parcours ont donné la priorité au champ de la radiothérapie, au travers de l'expérimentation radiothérapie au regard de trois enjeux majeurs : mieux prendre en compte la notion de parcours du patient, l'évolution des techniques et thérapeutiques et les impératifs de qualité et de sécurité des soins ; Incitation aux bonnes pratiques et de neutralité du statut juridique des acteurs (hospitalier ou libéral) ; Contexte de la nécessaire régulation des dépenses de santé (mieux maîtriser le taux de croissance du volume économique de la radiothérapie).

Néanmoins, la stratégie de travail autour du financement au parcours comporte trois orientations majeures :

1) L'expérimentation radiothérapie (actions 17-6)

2) Le financement de « temps » importants du parcours : cf. les travaux de valorisation de la consultation de primo-prescription de chimiothérapie orale (action 3-2)

3) Le financement de dispositifs de coordination : cf. Le financement de l'expérimentation des infirmiers de coordination en oncologie (action 16-5)

N°	Libellé	Responsable de l'action	Jalons terminés	État calculé de l'action
17.7	Apporter des solutions aux établissements de santé de soins de suite et de réadaptation, aux unités de soins de longue durée, aux maisons de retraite et aux maisons d'accueil spécialisées, concernant le financement des molécules onéreuses.	DGOS	0 sur 3 (0%)	Retard (plus de 9 mois)
	Responsables associés : DGCS	Partenaires :		
	<b>Jalon</b>		<b>Fin prévue le</b>	<b>État du Jalon</b>
	Objectivation de la consommation réelle en molécules onéreuses, en particulier en oncologie, dans les secteurs DAF et OQN		30/06/15	En cours - Retard (plus de 9 mois)
	Consolidation de la MO issue du MCO et enrichie des spécialités SSR		31/12/15	En cours - Retard (plus de 9 mois)
	Lancement du compartiment MO pour l'ensemble des SSR, comme un élément du modèle de financement		30/06/16	En cours - Retard (plus de 9 mois)

La réforme du financement des établissements de soins de suite et de réadaptation (SSR), portée par l'article 49 de la loi de financement de sécurité sociale 2016, prévoit la création d'un compartiment de financement pour les molécules onéreuses. L'objectif de ce dernier est de permettre aux établissements de santé de dispenser des traitements innovants, non captables par la classification. Sont particulièrement concernés les traitements intercurrents, qui sont aujourd'hui un obstacle à la prise en charge en SSR de patients atteints de pathologies chroniques (HIV, cancer par exemple) et qui, de ce fait, sont amenés à rester inutilement dans des lits de MCO.

La liste des molécules SSR comprend trois types de molécules : les molécules onéreuses du secteur de médecine, chirurgie et obstétrique (MCO) pour permettre la fluidité des parcours, les traitements intercurrents dont le coût journalier est supérieur à une fraction du prix de journée moyen ainsi que des molécules spécifiques au SSR (ex. toxine botulique).

Le mécanisme de régulation prévu est innovant : il repose sur une enveloppe cible définie en début d'exercice. Les molécules onéreuses remontées dans FICHCOMP sont remboursées sur la base de la consommation réelle valorisée au tarif minoré d'un coefficient. Si en fin d'exercice, l'enveloppe n'est pas consommée, alors le montant correspondant au coefficient minorateur est reversé ex- post au prorata des dépenses.

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

N°	Libellé	Responsable de l'action	Jalons terminés	État calculé de l'action
17.8	Accélérer en lien avec les travaux issus du contrat de filière des industries de santé le processus de tarification des actes et traitements innovants validés en pratique clinique afin de permettre le redéploiement des financements d'initiation de l'INCa et de la DGOS vers des actes et dispositifs émergents : cette action sera mise en œuvre dans le cadre des actions 5.11 et 5.12.	DGOS		Mise en œuvre dans le cadre des actions 5.11 et 5.12.
Responsables associés : INCa		Partenaires :		

N°	Libellé	Responsable de l'action	Jalons terminés	État calculé de l'action
17.9	Favoriser grâce au suivi de la qualité des pratiques cliniques, à des critères d'agrément exigeants et aux recommandations de bonne pratique la pertinence des actes et la focalisation des moyens sur les prises en charge conformes aux standards : cette action sera mise en œuvre dans le cadre des actions 1.10, 2.4, 2.6 et 2.7.	DGOS		Mise en œuvre dans le cadre des actions 1.10, 2.4, 2.6 et 2.7.
Responsables associés : INCa		Partenaires :		

N°	Libellé	Responsable de l'action	Jalons terminés	État calculé de l'action
17.10	Contribuer, grâce aux campagnes d'information sur les dépistages organisés des cancers, à la réduction des actes de dépistage inopportuns par leur nature ou leur fréquence : cette action sera mise en œuvre dans le cadre de l'action 1.10.	INCa		Mise en œuvre dans le cadre de l'action 1.10.
Responsables associés : DGS; UNCAM		Partenaires :		

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

N°	Libellé	Responsable de l'action	Jalons terminés	État calculé de l'action
17.11	Maintenir le principe d'appels à projets libres et compétitifs comme principale modalité de sélection des projets de recherche sur le cancer : cette action sera mise en œuvre dans le cadre de l'action 13.1.	INCa		Mise en œuvre dans le cadre de l'action 13.1.
Responsables associés :		Partenaires :		

N°	Libellé	Responsable de l'action	Jalons terminés	État calculé de l'action
17.12	Conforter le suivi scientifique des projets financés.	INCa; ITMO cancer	2 sur 6 (33%)	Retard (moins de 3 mois)
	Responsables associés : DGOS	Partenaires :		
	<b>Jalon</b>	<b>Fin prévue le</b>	<b>État du Jalon</b>	
	Mission AVIESAN pour la programmation de la recherche en santé	31/12/15	Terminé	
	Séminaire de restitution du PAIR VADS	08/12/16	Terminé	
	Séminaire de restitution du PAIR carcinome hépato-cellulaire	07/10/17	Non débuté - Retard (moins de 3 mois)	
<p>L'INCa développe actuellement un outil informatique dédié à la soumission, le financement et le suivi des projets sélectionnés (GIPSI, Gestion intégrée des projets suivis par l'INCa). Les spécifications concernant le suivi scientifique sont en cours d'élaboration. Il est notamment prévu que les porteurs de projets puissent soumettre leurs rapports en ligne, ce qui permettra aux référents scientifiques opérationnels d'évaluer et de suivre l'avancement des projets.</p> <p>Le projet GIPSI a pris du retard en raison de la complexité des applications à développer. Un nouveau prestataire informatique va accompagner l'INCa.</p> <p>L'INCa et ses partenaires, de même que l'ITMO Cancer et ses partenaires, organisent régulièrement des séminaires de restitution sur les résultats des projets financés.</p> <p>Le séminaire de restitution de l'état d'avancement des 7 projets de recherche financés par le PAIR dédié aux cancers des VADS a eu lieu le 8 décembre 2016.</p>				

N°	Libellé	Responsable de l'action	Jalons terminés	État calculé de l'action
17.13	Développer des outils partagés d'évaluation des projets de la recherche en cancérologie.	INCa	0 sur 6 (0%)	Planning respecté
	Responsables associés : INSERM; DGRI	Partenaires :		
<p>Septembre 2016 : Validation par l'INCa de la stratégie d'évaluation et de la mesure de l'impact des actions de recherche de l'INCa avec en 2017 :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Mise en œuvre d'une programmation d'évaluation d'impact des actions de l'INCa dans un cadre multi partenarial (une première réunion multi partenariale s'est tenue à ce sujet)</li> <li>-Etude sur HELIOS comme outil d'analyse et d'évaluation de la recherche en cours. Elle sera partagé avec les partenaires d'HELIOS prochainement.</li> </ul> <p>Le benchmark a été finalisé et sera publié au 2e semestre 2017.</p>				

# SIGLES

AAP	Appel à projets
ABM	Agence de la biomédecine
ACAATA	Allocation de cessation anticipée d'activité des travailleurs de l'amiante
ACP	Anatomocytopathologie
ACSÉ	Agence nationale pour la cohésion sociale et l'égalité des chances
AcSé	Accès sécurisé à des thérapies ciblées innovantes (programme)
AERAS	S'Assurer et emprunter avec un risque aggravé de santé (convention)
AFML	Association pour la formation des médecins libéraux
AFSOS	Association française pour les soins oncologiques de support
ALD	Affection de longue durée
AMM	Autorisation de mise sur le marché
ANACT	Agence nationale pour l'amélioration des conditions de travail
ANR	Agence nationale de la recherche
ANSES	Agence nationale de sécurité sanitaire de l'alimentation, de l'environnement et du travail
ANSM	Agence nationale de sécurité du médicament
ANRS	Agence nationale de recherche sur le sida et les hépatites B et C
ARACT	Agence régionale pour l'amélioration des conditions de travail
ARS	Agence régionale de santé
ASCO	American society of clinical oncology
ASN	Autorité de sûreté nucléaire
ATIH	Agence technique de l'information sur l'hospitalisation
ATIP	Action thématique et incitative sur programme
ATU	Autorisation temporaire d'utilisation
AVIESAN	Alliance pour les sciences de la vie et de la santé
BEH	Bulletin épidémiologique hebdomadaire
CAD	Collecteur analyseur de données
CANSSM	Caisse autonome nationale de la sécurité sociale
CARSAT	Caisse d'assurance retraite et de santé au travail
CCAS	Centres communaux d'action sociale
CeRePP	Centre de recherche pour les pathologies prostatiques
CNRS	Centre national de recherche scientifique
CHU	Centre hospitalier universitaire
CLIP2	Centres labellisés INCa de phase précoce
CIRC	Centre international de recherche sur le cancer (IARC)
CISS	Collectif inter-associatif de la santé
CJC	Consultation jeune consommateur
CLS	Contrats locaux de santé
CLCC	Centre de lutte contre le cancer
CMU	Couverture maladie universelle
CMU-C	Couverture maladie universelle complémentaire
Cnamts	Caisse nationale d'Assurance maladie pour les travailleurs salariés
CNED	Centre national d'enseignement à distance
Comup	Comité des usagers et des professionnels
CPOM	Contrat d'objectifs et de moyens
CRSA	Conférence régionale de santé et d'autonomie
CSAPA	Centres de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie
COREG	Comité régional des cancers en Ile-de-France

CORETAH	Comité de réforme de la tarification hospitalière
3C	Centre de coordination en cancérologie
DOM	Département d'outre-mer
DES	Diplôme d'études spécialisées
DCC	Dossier communicant de cancérologie
DMP	Dossier médical personnel
DGAFP	Direction générale de l'administration et de la fonction publique
DGRI	Direction générale pour la recherche et l'innovation
DGS	Direction générale de la santé
DGCS	Direction générale de la cohésion sociale
DGEC	Direction générale de l'énergie et du climat
DGEFP	Délégation générale à l'emploi et la formation professionnelle
DGESCO	Direction générale de l'enseignement scolaire
DGESIP	Direction générale de l'enseignement supérieur et de l'insertion professionnelle
DGPR	Direction générale de la prévention des risques
DGOM	Direction générale des outre-mer
DGOS	Direction générale de l'offre de soins
DGT	Direction générale du travail
Diraccte	Directions régionales des entreprises, de la concurrence, de la consommation, du travail et de l'emploi
DM	Dispositif médical
DSS	Direction de la sécurité sociale
DSSIS	Délégation à la stratégie des systèmes d'information de santé
DRJSCS	Direction régionale de la jeunesse, des sports et de la cohésion sociale
EHESP	Ecole des hautes études en sciences sociales
EHESP	Ecoles des hautes études en santé publique
EHPAD	Établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes
EMAC	Equipe mobile d'appui en cancérologie
ERNs	<i>European reference networks</i>
ESPE	Ecole supérieure du professorat et de l'éducation
EURATOM	European Atomic Energy Community
EUIPO	European union intellectual property office
FFIP	Fonds de financement à l'innovation pharmaceutique
FIR	Fonds d'intervention régional
GIP PROM	Plateforme régionale d'oncologie en Martinique
GTR	Groupe thématique régional
HAS	Haute Autorité de santé
HCSP	Haut Conseil de santé publique
HPV	Papillomavirus humain
IDEC	Infirmier diplômé d'État de coordination
IDS	Institut des données de santé
INCa	Institut national du cancer
INPI	Institut national de la propriété industrielle
Inserm	Institut national de la santé et de la recherche médicale
IPAAC	<i>Innovative partnership on Action against cancer</i>
IRD	Institut de recherche pour le développement
IRM	Imagerie par résonance magnétique
IReSP	Institut de recherche en santé publique

ITMO cancer	Institut thématique multi-organismes sur le cancer
ITMO SP	Institut thématique multi-organismes Santé publique
ITMO TS	Institut thématique multi-organismes Technologies de santé
KARU	Réseau franco-africain-caribéen
LFSS	Loi de financement de la sécurité sociale
MCO	Médecine chirurgie obstétrique
MILDECA	Mission interministérielle de lutte contre la drogue et les addictions
MILDT	Mission interministérielle de lutte contre la drogue et la toxicomanie
MoST	ministère des sciences et technologies de Taïwan
NCC	Centre national du cancer chinois
NCI	<i>National cancer institute</i>
NGS	Next Generation Sequencing
NIR	Numéro d'inscription au répertoire des personnes physiques
OFDT	Observatoire français des drogues et des toxicomanies
OFT	Office français de prévention du tabagisme
OMEDIT	Observatoire du médicament, des dispositifs médicaux et des innovations thérapeutiques
OMS	Organisation mondiale de la santé
ONDPS	Observatoire national de la démographie des professions de santé
ORS	Observatoire régional de santé
OSIRIS	Groupe inter-SIRIC sur le partage et l'intégration des données
P2RT	Programme régional de réduction du tabagisme
P3S	Parcours Sportif Santé Sécurisé
PAI	Projet d'accueil individualisé
PIA	Programme d'investissements d'avenir
PARP	Poly (ADP ribose) polymérase
PAIR	Programme d'actions intégrées de recherche
PES	Parcours éducatif de santé
PHRC	Programme hospitalier de recherche clinique
PLBIO	Projets libres de recherche en « Biologie et Sciences du Cancer »
PLFSS	Projet de loi de financement de la sécurité sociale
PMSI	Programme de médicalisation des systèmes d'information
PNNS	Programme national nutrition santé
PNRT	Programme national de réduction du tabagisme
PPS	Programme personnalisé de soins
PPAC	Programme personnalisé d'après cancer
PREPA	Plan de réduction des émissions de polluants atmosphériques
PRTK	Programme de recherche translationnelle en cancérologie
RAF-RCP	Réseau africain francophone de recherche sur le cancer de la prostate
RCP	Réunion de concertation pluridisciplinaire
RIHN	Référentiel des actes innovants hors nomenclatures
RIPOSTE	Reconstruction, Image de soi, Oncologie, Santé, Thérapie, Escrime
RRC	Réseau régional de cancérologie
RROS	Répertoire régionale de soins de support
RSA	Résumé de sortie anonyme
SFR	Société française de radiologie
SFROP	Société française de radiothérapie oncologique
SGMAP	Secrétariat général pour la modernisation de l'action publique
SGMAS	Secrétariat général des ministères chargé des affaires sociales

SIRIC	Site de recherche intégré sur le cancer
SNDS	Système national des données de santé
SpF	Santé publique France
UpM	Union pour la Méditerranée
URCS	Union régionale des centres sociaux
URML	Union régionale de la médecine libérale
URPS	Unions régionales des professions de santé
UV	Ultraviolets (rayons)
VICAN	Vie après un cancer (enquête)
VHB	Virus de l'hépatite B
VHC	Virus de l'hépatite C
3C	Centres de coordination en cancérologie



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



MINISTÈRE  
DE L'ENSEIGNEMENT SUPÉRIEUR,  
DE LA RECHERCHE ET DE L'INNOVATION

MINISTÈRE  
DES SOLIDARITÉS  
ET DE LA SANTÉ

MINISTÈRE DE L'ÉCONOMIE  
ET DES FINANCES

MINISTÈRE DE LA TRANSITION ÉCOLOGIQUE  
ET SOLIDAIRE

MINISTÈRE DE L'ACTION  
ET DES COMPTES PUBLICS

MINISTÈRE  
DU TRAVAIL

MINISTÈRE DES OUTRE-MER



*Comité économique  
des produits de santé*



Édité par l'Institut national du cancer  
Tous droits réservés - Siren 185512777  
Conception : INCa  
ISSN 2104-953X  
ISBN 978-2-37219-364-1  
ISBN net 978-2-37219-365-8

DEPÔT LÉGAL FÉVRIER 2018



MINISTÈRE  
DE L'ENSEIGNEMENT SUPÉRIEUR,  
DE LA RECHERCHE ET DE L'INNOVATION

MINISTÈRE  
DES SOLIDARITÉS  
ET DE LA SANTÉ

RAPPR18

