

— PLAN
cancer
2014-2019



5^E RAPPORT AU PRÉSIDENT DE LA RÉPUBLIQUE

Avril 2019



5^E RAPPORT AU PRÉSIDENT DE LA RÉPUBLIQUE
AVRIL 2019



Liberté • Égalité • Fraternité

RÉPUBLIQUE FRANÇAISE



sommaire

1. GUÉRIR PLUS DE PERSONNES MALADES 7

Objectif 1	Favoriser des diagnostics plus précoces 7
Objectif 2	Garantir la qualité et la sécurité des prises en charge 11
Objectif 3	Accompagner les évolutions technologiques et thérapeutiques 13
Objectif 4	Faire évoluer les métiers et les formations de la cancérologie 15
Objectif 5	Accélérer l'émergence de l'innovation au bénéfice des patients 16
Objectif 6	Conforter l'avance de la France dans la médecine personnalisée 20

2. PRÉSERVER LA CONTINUITÉ ET LA QUALITÉ DE VIE 26

Objectif 7	Assurer des prises en charge globales et personnalisées 26
Objectif 8	Réduire les risques de séquelles et de second cancer 29
Objectif 9	Diminuer l'impact du cancer sur la vie personnelle 31

3. INVESTIR DANS LA PRÉVENTION ET LA RECHERCHE 35

Objectif 10	Le programme national de réduction du tabagisme 35
Objectif 11	Donner à chacun les moyens de réduire son risque de cancer 39
Objectif 12	Prévenir les cancers liés au travail ou à l'environnement 43
Objectif 13	Se donner les moyens d'une recherche innovante 46

4. OPTIMISER LE PILOTAGE ET LES ORGANISATIONS 49

Objectif 14	Faire vivre la démocratie sanitaire 49
Objectif 15	Appuyer les politiques publiques sur des données robustes et partagées 51
Objectif 16	Optimiser les organisations pour une plus grande efficacité 53
Objectif 17	Adapter les modes de financement aux défis de la cancérologie 55

AVANCEMENT DU PLAN CANCER : SYNTHÈSE ET TABLEAUX DE SUIVI 59

INTRODUCTION

Dans ce cinquième 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 un an de la fin du troisième Plan cancer, la mobilisation de l'ensemble des acteurs locaux et nationaux a permis de réaliser près des trois quarts des jalons du plan. L'année 2018 a vu des avancées concrètes dans tous les champs de la lutte contre le cancer : prévention, dépistage, recherche, soins, qualité de vie.

Des chiffres très encourageants ont été publiés en 2018, qui reflètent la réduction de la prévalence tabagique en France : près d'un million de fumeurs quotidiens (18-75 ans) en moins entre 2016 et 2017 ; première diminution de la prévalence tabagique chez les personnes aux revenus les plus faibles depuis l'an 2000 avec un passage de 38,8 % 2016 à 34 % en 2017 ; réduction du tabagisme des adolescents de 17 ans. Le programme national de lutte contre le tabac 2018-2022 (PNLT) traduit la volonté d'agir encore plus fortement contre ce fléau, première cause évitable de cancers. Il inclut l'intervention auprès des populations, via des appels à projets financés dès 2018 par le Fonds de lutte contre le tabac, le remboursement des substituts nicotiques, les augmentations successives du prix du paquet de cigarettes, les campagnes récurrentes d'information du grand public de l'Institut national du cancer et l'opération « Mois sans tabac ».

L'année 2018 a également été marquée par une rénovation des dispositifs de dépistage, dans leur périmètre, leurs modalités et leurs structures. Le déploiement à l'ensemble du territoire du dépistage organisé du cancer du col de l'utérus, débuté en 2018, repose sur une prise en charge intégrale et sans avance de frais par l'Assurance maladie de l'analyse du frottis cervico-utérin. L'objectif est de réduire l'incidence et le nombre de décès par l'accroissement du taux de couverture, grâce à un dépistage plus facilement accessible et à une intervention plus précoce. Le dépistage organisé du cancer colorectal quant à lui, entravé jusqu'ici par un taux de participation très bas, devrait progresser grâce à la distribution de son kit, en centres d'examen de santé ou aux cabinets des gastroentérologues et gynécologues.

Afin d'améliorer la qualité, la sécurité et la pertinence des soins, le ministère des Solidarités et de la Santé a engagé en 2018 d'ambitieux travaux de modernisation du régime d'autorisation de l'activité de traitement du cancer. Plus de 800 établissements de santé sont aujourd'hui impliqués dans ce dispositif. L'Institut national du cancer a formulé des propositions pour y introduire davantage de critères de qualité incluant l'accès à l'innovation, la définition des plateaux techniques et la gradation des soins, mais aussi pour mieux préciser la place et le rôle des différents acteurs dont la coopération est nécessaire. Ces éléments viennent compléter les seuils d'activité minimale qui avaient constitué une première étape, il y a un peu plus de dix ans.

Pour des soins plus fluides et plus près des malades, un nouveau métier a été créé en 2018 : l'infirmier en pratique avancée (IPA). L'oncologie et l'hémato-oncologie font partie des options identifiées comme prioritaires au regard des enjeux de santé publique, prévues pour la rentrée universitaire 2018-2019 à l'issue de laquelle seront délivrés les premiers diplômes d'État.

L'Institut national du cancer a maintenu en 2018 son engagement en faveur d'une innovation accessible au plus grand nombre. Des travaux d'anticipation et d'accompagnement de l'arrivée sur le marché des CAR-T cells sont ainsi conduits depuis plusieurs mois en lien avec la Direction générale de l'offre de soins (DGOS), la Haute Autorité de santé (HAS) et l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé (ANSM). Plus largement, les immunothérapies font l'objet de travaux pilotés par l'Institut, sur le champ national et international, pour identifier, encadrer, évaluer l'impact et anticiper le déploiement de ces nouvelles thérapeutiques.

Tout en poursuivant son effort de soutien à la recherche fondamentale, l'Institut national du cancer encourage également la recherche clinique en favorisant l'inclusion des patients en échec thérapeutique dans des essais cliniques, cofinancés par la Fondation ARC pour la recherche sur le cancer et la Ligue contre le cancer : près de 800 patients bénéficient ainsi du programme AcSé et plus de 100 enfants ont pu de surcroît être traités dans près de 20 pathologies différentes dans le programme e-SMART spécifiquement pédiatrique.

La qualité de vie des personnes touchées par la maladie représente également un enjeu majeur : pour elles, le droit à l'oubli a constitué une avancée essentielle. Les derniers travaux de l'Institut national du cancer ont permis d'étendre en 2018 le bénéfice de ce dispositif aux patients en longue rémission après certaines leucémies, certains cancers du rein et de la prostate.

Ces évolutions favorables sont le fruit d'efforts conjugués. Elles s'inscrivent dans la durée. L'Institut national du cancer s'engage à les poursuivre en 2019 et au-delà, dans le cadre de ses missions et avec l'ensemble des partenaires. Cette mobilisation sera indispensable pour changer de paradigme dans les domaines qui, à ce jour, n'enregistrent aucun progrès.

En effet, certaines données anciennes, mais aussi nouvelles sont préoccupantes : 41 % des cancers pourraient être évités par des modifications parfois modestes des comportements ; l'incidence et la mortalité de quelques cas ont augmenté au cours des 30 dernières années : mélanome cutané, cancer du système nerveux central, cancer du poumon chez la femme ; tandis que la survie à 5 ans demeure très faible pour le mésothéliome pleural, le cancer du pancréas, les leucémies secondaires, les tumeurs infiltrantes du tronc cérébral, notamment chez l'enfant.

Ces enjeux de prévention et de guérison, l'affrontement résolu aux situations qui demeurent aujourd'hui inéluctables, en particulier chez l'enfant, doivent plus que jamais constituer notre priorité.

1. GUÉRIR PLUS DE PERSONNES MALADES

Objectif 1 Favoriser des diagnostics plus précoces

Le ministère des Solidarités et de la Santé lance le dépistage organisé du cancer du col de l'utérus, avec prise en charge à 100 % par l'Assurance maladie de l'analyse du test de dépistage

Le cancer du col de l'utérus (CCU) fait partie des cancers évitables par la vaccination et détectables précocement par le dépistage. Il est le 12ème cancer le plus fréquent chez la femme en France, avec une incidence et une mortalité en baisse depuis de nombreuses années, en lien avec la pratique du dépistage par frottis cervico-utérin largement portée par les gynécologues. Il reste responsable de 1 100 décès en 2017. C'est l'un des seuls cancers pour lesquels le pronostic se dégrade. « Cette dégradation est paradoxalement attribuée à un recours plus important au dépistage par un mécanisme de sélection des cancers les moins agressifs. Les cancers invasifs du col diagnostiqués sont moins nombreux qu'avant, mais comportent une proportion plus importante de cancers agressifs au développement rapide, de cancers ayant échappé au dépistage et de cancers avancés chez des femmes non dépistées. Ces types de cancers diagnostiqués sont de mauvais pronostic, ce qui explique la baisse de la survie. »

Le Plan cancer 2014-2019 prévoyait la généralisation d'un programme de dépistage organisé du CCU à l'ensemble du territoire, troisième programme de ce type après les dépistages organisés des cancers du sein et colorectal. Son déploiement a débuté en 2018 et repose sur une prise en charge intégrale par l'Assurance maladie, sans avance de frais, de l'analyse du test de dépistage.

L'objectif affiché est de réduire l'incidence et le nombre de décès par CCU de 30 % à 10 ans, en atteignant un taux de couverture de 80 % et en rendant le dépistage plus facilement accessible aux populations vulnérables ou éloignées du système de santé. Outre cette réduction, il s'agit également de se donner l'opportunité d'intervenir le plus précocement possible.

La conception et la structuration du dispositif ont été définies par arrêté en mai 2018 à partir des enseignements des expérimentations menées sur 13 départements, après une caractérisation « épidémiologique » des femmes ne participant pas au dépistage. Le dépistage reposera dans un premier temps sur l'examen cytologique d'un prélèvement cervico-utérin en milieu liquide à réaliser tous les trois ans pour toutes les femmes asymptomatiques de 25 à 65 ans.

L'invitation par les professionnels de santé assurant le suivi gynécologique des femmes reste le mode d'entrée principal dans le dépistage. Il sera complété dans le cadre du programme organisé par l'envoi d'invitations et de relances en direction des femmes n'ayant pas réalisé de dépistage spontané dans les trois dernières années.

De surcroît, ce programme prévoit :

- le recueil par le centre régional de coordination des dépistages organisés des informations sur le diagnostic, le traitement et le devenir des femmes dont le test de dépistage est positif (qu'elles aient participé spontanément ou qu'elles aient été invitées par courrier) ;
- la possibilité de mettre en place des actions spécifiques en direction de populations vulnérables ou très éloignées du système de santé (accompagnement au dépistage, médiation sanitaire, utilisation de l'autoprélèvement, unités mobiles) ;
- la diversification de l'offre de prélèvement en s'appuyant en particulier sur les médecins généralistes et les sages-femmes.

Le plan de rénovation du dépistage organisé du cancer du sein met la personnalisation, l'information des femmes et l'aide à la décision au cœur des priorités d'action

De nombreuses actions ont été conduites dans le cadre du plan de rénovation de ce programme de dépistage, adopté par les pouvoirs publics en 2017 à la suite des conclusions d'une concertation nationale citoyenne et scientifique menée en 2016. L'enjeu à relever est de « proposer à toutes les femmes, quels que soient leur âge et leur niveau de risque, un suivi personnalisé, mieux coordonné et impliquant davantage le médecin traitant ».

Les premiers travaux ont porté sur une modernisation de l'information délivrée aux femmes : neutre et objective, utile et essentielle à la compréhension des enjeux, facilement appropriable de sorte que chacune puisse exercer son libre arbitre. L'Institut national du cancer a ainsi élaboré un livret « S'informer et décider », adressé aux femmes de 50 ans entrant dans le programme de dépistage, a développé un outil web « cancersdusein.e-cancer.fr » qui fournit des informations adaptées en fonction de l'âge et a porté, pour les campagnes grand public, une nouvelle signature de communication « Savoir, c'est pouvoir agir ». En complément, deux projets ont été soutenus par l'Institut visant au développement et à l'évaluation d'outils d'aide à la décision.

Le ministère des Solidarités et de la Santé a également saisi mi-2018 la Haute Autorité de santé et l'Institut national du cancer pour définir le cadre de la consultation de prévention à 25 ans. L'objectif principal est de pouvoir proposer suffisamment tôt et avec une fréquence adaptée une approche de dépistage ou de suivi pour les femmes ayant un sur-risque de cancer du sein, par exemple du fait d'antécédents familiaux. Ce temps dédié doit permettre d'analyser les antécédents personnels et familiaux, d'exposer les modalités et le calendrier de dépistage ou de surveillance adaptés pour le cancer



du sein - mais aussi pour le cancer du col de l'utérus-, et d'informer sur les facteurs de risque susceptibles de favoriser la survenue de cancers.

L'accessibilité au dépistage sera renforcée avec la possibilité d'accéder au dépistage par des outils spécifiques (serveurs d'éligibilité, bons de prise en charge). Les freins liés à des difficultés d'accès d'ordre géographique ont conduit à l'expérimentation et à l'évaluation d'une offre de mammographie au sein de structures mobiles (« mammobiles »).

L'Institut national du cancer favorise également une dynamique d'expérimentations afin de préciser la stratégie nationale de dématérialisation des mammographies de dépistage. Deux appels à candidatures ont été lancés en 2016 et 2017, qui ont retenu quatre projets : en Alsace, en Île-de-France, en Normandie et à La Réunion. Ces projets, dont les premiers résultats sont attendus fin 2019, s'attachent à évaluer la mise à disposition dématérialisée et sécurisée des clichés et éléments connexes (autres éléments d'imagerie, fiches d'interprétation, bilans de diagnostic immédiat et différé, comptes rendus).

Dépistage organisé du cancer du sein

Un taux de participation de **49,9 %**

La France dispose d'un programme de dépistage organisé du cancer colorectal efficace, mais dont l'impact reste encore trop faible compte tenu du niveau de participation

Le programme actuel, utilisant un test immunologique, est en place en France depuis avril 2015 et fait suite à un premier programme utilisant un test au gaïac de recherche de sang occulte dans les selles, moins performant. À ce jour, la participation atteint seulement 33,5 % de la population-cible (2016-2017) et reste, comme avec le précédent test, en deçà de l'objectif défini au niveau européen (45 %). Même si le programme s'est redynamisé et si les évaluations intermédiaires indiquent une participation en hausse, le bénéfice du passage au test immunologique provient principalement, à ce jour, de la meilleure performance du test en termes de détection de cancers invasifs (2,9 ‰ vs 1,2 ‰) et d'adénomes avancés (12,1 ‰ vs 3,3 ‰).

L'insuffisance de la participation réduit l'impact attendu en termes de santé publique. Elle remet en question la modalité de remise de tests aux personnes concernées par le seul médecin traitant.

L'organisation du programme de dépistage est fixée par arrêté ministériel. Elle a fait l'objet en mars 2018 d'une révision et prévoit de nouvelles modalités d'accès au kit de dépistage : les personnes qui n'auraient pas consulté leur médecin et auraient déjà réalisé antérieurement ce dépistage pourront recevoir le test par courrier directement à leur domicile en deuxième relance de leur invitation ; est également possible une remise de ce test en centres d'examen de santé ou par les gynécologues et gastroentérologues. Un nouvel appel d'offres pour la fourniture des kits de dépistage et l'analyse des prélèvements a été lancé par l'Assurance maladie pour couvrir les cinq prochaines années.

**2,4 fois plus de cancers
et 3,7 fois plus d'adénomes avancés
détectés grâce au nouveau test**

Dépistage organisé du cancer colorectal

Un taux de participation de **33,5 %**

Par ailleurs, des expérimentations sont menées par le Collège de médecine générale et le Collège national des généralistes enseignants afin de consolider la formation et d'accroître l'implication des médecins généralistes.

LES ACTIONS EN RÉGION

LES AGENCES RÉGIONALES DE SANTÉ (ARS) ET LEURS PARTENAIRES, TRÈS IMPLIQUÉS DANS LE PROCESSUS D'AMÉLIORATION DE LA QUALITÉ DES PROGRAMMES DE DÉPISTAGE ORGANISÉ DES CANCERS

La structuration de la politique de dépistage des cancers s'est poursuivie par l'inscription de la thématique dans les contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens des ARS et, pour les territoires les plus fragiles, dans les contrats locaux de santé. Cette inscription territoriale a permis d'asseoir une mobilisation impliquant non seulement les acteurs de la politique de dépistage des cancers, tels que les centres régionaux de coordination des dépistages des cancers et les comités départementaux de la Ligue contre le cancer, mais également les élus. Ainsi, dans les Hauts-de-France, une démarche d'animation territoriale différenciée s'attache à faire émerger des projets spécifiques là où les taux de participation aux dépistages organisés traditionnels sont les plus faibles. En Martinique, des conférences intercommunales pour la prévention et le dépistage des cancers sont déployées, tandis que des « points infos cancer » sont implantés dans les communes éloignées et mobilisent les élus territoriaux.

L'origine du cancer du col de l'utérus est pour l'essentiel infectieuse et liée au virus oncogène HPV, transmis par voie sexuelle. Le déploiement de son dépistage fait également l'objet de recherches de stratégies diversifiées pour atteindre les personnes les plus éloignées du système de santé, notamment dans les Outre-mer. La première expérience de dépistage de ce cancer par autoprélèvement du virus HPV a ainsi été étendue à l'ensemble du territoire guyanais, tandis que les consultations itinérantes de frottis et de coloscopies auprès des populations les plus isolées et les plus précarisées se poursuivent. En métropole, des stratégies fondées sur l'utilisation de tests urinaires sont expérimentées. Ainsi, en Pays de Loire, une expérimentation d'alternative au dépistage par un professionnel de santé propose un autoprélèvement urinaire à la recherche de cet oncogène HPV.

Pour accompagner la rénovation du dispositif de dépistage organisé du cancer du sein, une démarche personnalisée selon le niveau de risque individuel fait l'objet d'une expérimentation internationale à laquelle participent une trentaine de structures départementales de dépistage des cancers. D'autres expérimentations sont mises en œuvre pour identifier des stratégies complémentaires de mobilisation des femmes auxquelles ce programme s'adresse. En Centre-Val de Loire, un projet teste la pré-invitation comme la relance par SMS dans la stratégie d'invitation à ce dépistage organisé. En Corse, une expérimentation soutenue par le Centre de coordination des dépistages des cancers et l'Union régionale des professionnels de santé (URPS) Infirmiers libéraux prévoit pour sa part la distribution d'invitations au domicile, par les infirmiers libéraux.

Concernant le dépistage du cancer colorectal en Corse, un projet partenarial avec l'URPS Pharmaciens, ciblé sur des personnes de la plaine orientale sans médecin traitant ou le consultant peu fréquemment, a permis l'augmentation du taux de participation de 13,7 % à 36 %. En Guyane, une unité mobile de dépistage propose une consultation personnalisée avec évaluation du risque de cancer colorectal et remise d'un kit de dépistage le cas échéant. En Occitanie, des protocoles encadrant la remise de tests ont été déployés auprès des médecins des centres d'examen de santé, des centres communaux d'action sociale et de l'administration pénitentiaire.

Enfin, des initiatives sont dédiées aux populations précaires ou éloignées géographiquement, socialement, voire culturellement, des programmes de dépistage. Ainsi, en Provence-Alpes-Côte d'Azur, un accompagnement personnalisé de tous les résidents des foyers sociaux ADOMA pour le dépistage organisé des cancers a été initié ; sur certains territoires, des « tournées d'informations » viennent au contact des zones rurales les plus reculées en partenariat avec la Ligue contre le cancer.

Objectif 2 Garantir la qualité et la sécurité des prises en charge

La préparation de la réforme de l'encadrement des activités de soins est bien avancée, pour plus de qualité et de sécurité

Les travaux visant à faire évoluer les décrets « cancer » de 2007 ont été entrepris par la Direction générale de l'offre de soins (DGOS) qui a mis en place plusieurs groupes techniques. Ces travaux, prévus par l'ordonnance de janvier 2018, s'inscrivent dans la Stratégie nationale de Santé 2018-2022 et dans la Stratégie de transformation du système de santé lancée par le Premier ministre et la ministre des Solidarités et de la Santé, et particulièrement dans son premier chantier consacré à la qualité et la pertinence des soins.

877 établissements disposent d'une ou plusieurs autorisations pour traiter le cancer, au 31 décembre 2017

L'Institut national du cancer, saisi par la ministre des Solidarités et de la Santé, a remis en fin d'année 2018 des propositions d'évolution du dispositif en ce qui concerne les déterminants transversaux de la qualité et la sécurité des soins. Des propositions sont en cours de finalisation sur les déterminants spécifiques à chaque modalité de traitement du cancer, incluant les questions de gradation des soins, les seuils d'activité minimale, la place et le rôle des différents acteurs.

Des recommandations nationales de bonnes pratiques pour les spécialistes et des outils pour la pratique des médecins généralistes sont élaborés sur des localisations prioritaires

Les guides proposés visent à aider les médecins dans leur pratique quotidienne auprès des patients atteints de cancer, en présentant de façon synthétique le parcours de soins d'un patient adulte. Le contenu de ces outils est élaboré à partir de recommandations de bonnes pratiques.

Le médecin généraliste joue un rôle dans la détection de nombreux cancers. Il est essentiel de l'informer et de l'accompagner. À cet effet, l'Institut national du cancer a élaboré une collection « Outils pour la pratique » qui a été enrichie cette année de deux guides portant sur des localisations prioritaires : les cancers colorectaux et les cancers des voies aérodigestives supérieures.

Avec environ 44 800 nouveaux cas estimés par an en 2017, les cancers colorectaux figurent parmi les trois cancers les plus fréquents en France. Bien que leur incidence et aussi leur mortalité diminuent depuis 2005, année de la généralisation du programme de dépistage organisé, une majorité de ces cancers est diagnostiquée à un stade avancé, ce qui réduit de 90 % à 26 % les chances de survie à 5 ans et donc de guérison, d'où l'importance du dépistage précoce de ce cancer. En 2015, sur une



période de 8,5 mois, le programme a permis de détecter près de 4 300 cancers et près de 17 000 lésions encore précancéreuses (adénomes avancés).

Les cancers des voies aérodigestives supérieures (VADS) regroupent une grande diversité de tumeurs. Principalement masculins, ces cancers voient leur incidence augmenter chez les femmes, en corrélation avec la hausse de leur consommation de tabac et d'alcool, mais également avec l'augmentation plus récente de cas viro-induits par HPV. Le médecin généraliste a un rôle essentiel par sa vigilance devant tout symptôme unilatéral et persistant des VADS ou de la région cervicale, et par l'orientation rapide en milieu spécialisé. Son rôle est fondamental dans le suivi de ces patients avec de lourdes séquelles, à risque élevé de récurrence de la tumeur primitive et de second cancer primitif, ainsi que dans l'accompagnement du sevrage alcool-tabagique. Ces deux guides visent à aider les professionnels aux étapes de diagnostic, traitement et suivi des patients.

Une recommandation nationale de bonnes pratiques sur les « Conduites à tenir initiales devant des patientes atteintes d'un cancer épithélial de l'ovaire » (thésaurus et synthèse) a par ailleurs été élaborée par le Collège national des gynécologues et obstétriciens français et labellisée par l'Institut national du cancer.

LES ACTIONS EN RÉGION

LE DISPOSITIF « ADOLESCENTS ET JEUNES ADULTES » EN COURS DE STRUCTURATION ET DE DÉPLOIEMENT DANS LES RÉGIONS

Après l'instruction de 2016 sur l'organisation régionale pour la prise en charge des adolescents et jeunes adultes (AJA), les Agences régionales de santé, les réseaux régionaux de cancérologie et les établissements de soins se sont engagés dans le déploiement du dispositif, en s'intéressant particulièrement à l'organisation du parcours des AJA et à la coordination des acteurs.

Différents types de travaux sont menés sur les éléments constitutifs du parcours, tels que la mise en œuvre de réunions de concertation pluridisciplinaires (RCP) spécifiques assurant la présence d'un onco-pédiatre pour tous les patients âgés de 18 à 25 ans : c'est désormais le cas en Provence-Alpes-Côte d'Azur depuis 2017, en Océan Indien ou dans les Hauts-de-France. Cette démarche s'appuie également sur la diffusion de référentiels « Parcours de soins AJA », sur la production de plaquettes d'information pour les professionnels de santé, et de documents d'information pour les médecins traitants ou les patients AJA à l'instar de ce qui est fait en Occitanie.

Les Outre-mer rencontrent une situation tout à fait particulière puisque les enfants et AJA sont orientés vers l'hexagone en évacuation sanitaire pour bénéficier d'un traitement adapté, ce qui génère des difficultés spécifiques, notamment en termes financier et social. Une réflexion commune est portée par les réseaux de cancérologie ultramarins sur la mutualisation des efforts pour accompagner l'enfant et son entourage hors de la région, pour les familles les plus précaires.

La coordination des acteurs du parcours est également essentielle. Dans plusieurs régions, cette coordination est assurée par un infirmier ou un temps infirmier dédié. C'est le cas, par exemple, en Grand-Est, où les infirmiers coordinateurs de parcours AJA assurent le renforcement de la collaboration entre les secteurs enfant et adulte, l'évaluation initiale de l'AJA (activité physique, scolarité, activité professionnelle...), l'accompagnement psychique et social, l'accès à la préservation de la fertilité, la coordination et le suivi lors de séjours dans des centres hospitaliers de proximité, la mise en place d'un suivi à domicile. En Bretagne, l'équipe régionale OB'AJA (oncologie Bretagne adolescents et jeunes adultes) favorise la double expertise médicale adulte/enfant pour les prises de décisions thérapeutiques des adolescents et jeunes adultes et l'évaluation des besoins en soins de support. En Nouvelle-Aquitaine, un regroupement de compétences a permis la constitution d'une équipe mobile transversale dédiée à cette population ainsi que la création d'un centre MARADJA (Maison Aquitaine Ressources pour Adolescents et Jeunes Adultes, CHU Bordeaux/Institut Bergonié) qui accueille des jeunes âgés de 15 à 25 ans traités pour un cancer et met à leur disposition des équipements modernes et attractifs (salle de sport, atelier de cuisine, cabine d'esthétique).

Objectif 3 Accompagner les évolutions technologiques et thérapeutiques

Les thérapeutiques orales font l'objet de recommandations visant à accompagner leur essor dans des conditions optimales de qualité et de sécurité

De nouvelles recommandations sont publiées sur la prévention, le suivi et la gestion des effets indésirables d'une molécule utilisée dans le traitement de certains cancers du poumon non à petites cellules. Ces recommandations s'adressent aux professionnels de santé, oncologues, spécialistes d'organe non oncologues, médecins généralistes, pharmaciens et infirmiers notamment. Elles sont déclinées en fiches par médicament et constituent un outil d'aide à la pratique pour le suivi partagé des patients recevant un anticancéreux par voie orale. Elles proposent des mesures à mettre en œuvre pour prévenir certains effets indésirables, les modalités de leur détection précoce et les conduites à tenir en cas de toxicité avérée.

L'Institut national du cancer est également responsable de la production de « fiches de bon usage » pour les médicaments anticancéreux, dont la première, élaborée après la mise à jour fin 2017 des recommandations de la Société française de dermatologie, propose une synthèse des traitements systémiques recommandés en première et deuxième lignes du mélanome cutané métastatique. Ces fiches apportent les informations essentielles aux professionnels de santé concernés, en particulier sur leur place dans la stratégie thérapeutique.

2 recommandations en hématologie,
2 en onco-pneumologie,
2 en onco-dermatologie
déclinées en 17 fiches par médicament



Les immunothérapies font l'objet de travaux pilotés par l'Institut national du cancer, sur le champ national et international

L'offre en traitements anticancéreux a été récemment bouleversée par l'arrivée sur le marché de médicaments dits d'immunothérapie spécifique et, plus particulièrement, par celle visant les inhibiteurs de points de contrôle de l'immunité. Plusieurs cancers détournent en effet ces points de contrôle, en leur adressant des messages de tolérance propices à leur développement non contrôlé.

À court terme, d'autres médicaments d'immunothérapie exprimant notamment des récepteurs spécifiques dirigés contre des protéines exprimées à la surface des cellules tumorales, et issus cette fois de la thérapie cellulaire et génique, viendront compléter cet arsenal.

Ces nouveaux médicaments sont associés à de nombreux enjeux, en particulier en termes de recherche et d'identification des patients répondeurs ou de compréhension de leurs toxicités, mais aussi en termes de bon usage, d'organisation des soins, de circuit du médicament et de maîtrise des dépenses de santé. Aussi, l'Institut national du cancer a dédié son rapport annuel

thématique aux immunothérapies spécifiques, et plus particulièrement sur les inhibiteurs de points de contrôle (anti CTLA4, anti-PD-1, anti-PD-L1) et les cellules CAR-T. Les objectifs de ce rapport sont, d'une part, de produire un état des lieux sur le développement de ces médicaments (essais et recherches en cours, traitements autorisés, usage en 2016-2017) et, d'autre part, de fournir une analyse qui présente des enjeux y compris sociétaux.

L'Institut est de fait responsable de l'action sur les thérapies innovantes contre le cancer dans le cadre de l'action conjointe de Partenariat innovant pour l'action contre le cancer (iPAAC), laquelle rassemble 44 partenaires (autorités compétentes et entités affiliées) issus de 24 pays membres de l'Union européenne. Il s'agit du « Work package 9 » (WP9) dédié à la cartographie de toutes les recommandations de bonnes pratiques existantes sur les traitements innovants contre le cancer et à la création d'une base de données accessible aux professionnels, de recueil des biomarqueurs, de mise en place de systèmes d'Horizon Scanning et du suivi en vie réelle. Ce WP9 est logiquement centré sur les immunothérapies, dont les cellules CAR-T, qui reflètent les nombreux défis rencontrés y compris en termes d'anticipation de nouveaux traitements et d'augmentation des coûts.

L'Institut national du cancer propose un encadrement de l'utilisation des cellules CAR-T, innovation de rupture, pour en favoriser l'accès dans un cadre sécurisé

L'Institut national du cancer pilote depuis plusieurs mois, en lien avec la Direction générale de l'offre de soins, la Direction de la sécurité sociale, la Haute Autorité de santé (HAS) et l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé (ANSM), des travaux d'anticipation et d'accompagnement de l'arrivée de ces cellules-médicaments sur le marché.

Après l'octroi d'autorisations temporaires d'utilisation de cohorte (ATUc) et d'autorisations de mise sur le marché (AMM) pour les cellules CAR-T Kymriah® (tisagenlecleucel) et Yescarta® (axicabtagene ciloleucel), au regard de leur complexité, des risques multiples associés et de leur coût, l'enjeu réside désormais dans l'encadrement par les autorités de santé de ces traitements, l'amélioration des circuits (plateformes de transduction notamment), le suivi des traitements et le développement ou soutien de la recherche académique.

Des travaux coordonnés par l'Institut national du cancer ont porté sur les critères garantissant un exercice sécurisé de cette activité très pointue, surtout en termes de compétences des professionnels, de configuration des plateaux techniques et de circuits de prise en charge.

Ces approches thérapeutiques soulèvent une grande attente, tant de la part des cliniciens que des patients, bien qu'elles ne soient cependant pas encore entièrement maîtrisées ni optimisées. Il est nécessaire de développer les thérapies CAR-T cells, notamment en identifiant les antigènes cibles appropriés dans les tumeurs solides, d'améliorer la compréhension des toxicités liées au traitement, et mettre en place des processus de fabrication cellulaire. À ce jour, quatre projets sur les CAR-T cells ont été financés par l'Institut national du cancer.

Objectif 4 Faire évoluer les métiers et les formations de la cancérologie

Le nouveau métier d'infirmier en pratique avancée est mis en place et la cancérologie bénéficie d'emblée de ce dispositif prometteur

Plusieurs décrets et arrêtés publiés en 2018 sont venus mettre en place le nouveau métier d'infirmier en pratique avancée (IPA) et fixent notamment les référentiels d'activité, de compétence et de formation de la pratique avancée infirmière, en particulier ceux spécifiques à l'oncologie.

L'infirmier exerçant en pratique avancée est un professionnel de santé titulaire du diplôme d'État d'infirmier, auquel sont reconnues, après le suivi d'une formation universitaire spécifique de deux années ou validation des acquis de l'expérience (VAE), des compétences élargies par rapport à son métier socle. Ces compétences relèvent du champ médical. Avant de pouvoir exercer en tant qu'IPA, le professionnel devra justifier d'une expérience d'au minimum trois années d'exercice en tant qu'infirmier. La formation universitaire conduira à l'obtention d'un diplôme d'État d'infirmier en pratique avancée précisant l'option choisie et reconnu au grade universitaire de master.

Trois options identifiées comme prioritaires au regard des enjeux de santé publique sont prévues pour la rentrée universitaire 2018 : pathologies chroniques stabilisées, prévention et polyopathologies courantes en soins primaires ; oncologie et hémato-oncologie ; maladie rénale chronique, dialyse, transplantation rénale.

La première option correspond à un exercice principalement ambulatoire, les deux autres à un exercice essentiellement hospitalier. L'option est choisie par l'infirmier au début de sa formation en cohérence avec son projet professionnel.

L'IPA peut intervenir aussi bien en soins ambulatoires (au sein d'une maison de santé pluri-professionnelle, d'un centre de santé, d'une équipe de soins primaires ou en assistance d'un médecin spécialiste hors soins primaires) qu'en établissement de santé. Dans tous les cas, il exerce dans le cadre d'une équipe coordonnée par un médecin et assure le suivi et la prise en charge globale de patients confiés individuellement par le médecin. Il intervient dans le domaine correspondant à l'option du diplôme universitaire qu'il a validé.

L'IPA assure le suivi des patients qui lui sont confiés et en assume la responsabilité dans le cadre d'un protocole d'organisation, arrêté au sein de l'équipe, précisant les règles de sa collaboration avec le médecin. De par sa formation, l'IPA dispose notamment de la capacité, dans son domaine de compétence, à prescrire des examens complémentaires, et à demander des actes de suivi et de prévention ou encore à renouveler ou adapter, si nécessaire, des prescriptions médicales. Au-delà des temps d'échange, de coordination et de concertation réguliers organisés, l'IPA revient vers le médecin lorsque les limites de son champ de compétences sont atteintes ou dans le cas d'une dégradation de l'état de santé du patient.

Les premiers diplômes d'État seront délivrés à l'issue de l'année universitaire 2018-2019.

Objectif 5 Accélérer l'émergence de l'innovation au bénéfice des patients

Près de 900 patients ont bénéficié de thérapies ciblées de précision dans le cadre sécurisé des essais cliniques du Programme AcSé

Depuis sa création en 2013, le programme AcSé a montré son efficacité et la pertinence des essais cliniques proposés. Lancé par l'Institut national du cancer en accord avec l'Agence nationale de la sécurité du médicament (ANSM), ce programme offre aux patients adultes et enfants en échec thérapeutique un accès sécurisé à des thérapies ciblées innovantes pour des indications ne figurant pas dans l'autorisation de mise sur le marché, mais dont la pertinence est fortement présumée dans la littérature scientifique internationale.

**Programme AcSé : 900 patients
en échec thérapeutique
ont bénéficié de thérapies ciblées**

Cinq essais cliniques ont été mis en place depuis le lancement du programme AcSé. Il s'agit des essais AcSé crizotinib, vémurafénib, eSMART et tout dernièrement des essais nivolumab et pembrolizumab, déployés en 2017, en vue de tester l'efficacité de ces deux immunothérapies (anti-PD1) dans le traitement des cancers rares. Au 16 novembre 2018, ce sont au total 333 patients atteints de cancers rares qui ont bénéficié de ces deux derniers essais cliniques avec une immunothérapie anti PD1, soit 183 patients participant à l'essai AcSé nivolumab et 150 à l'essai AcSé pembrolizumab.

De premiers résultats finaux de l'essai AcSé crizotinib, maintenant clos et promu par Unicancer, ont été présentés au Congrès mondial sur le cancer en 2018 à Chicago. La molécule permet de cibler des altérations moléculaires présentes dans d'autres cancers que ceux initialement envisagés (poumon transloqué ALK). Ces travaux ont démontré que la molécule peut avoir une efficacité sur d'autres types de cancers comme des cancers du poumon avec une mutation ROS1 ou une altération MET, les lymphomes anaplasiques à grandes cellules de l'enfant et de l'adulte. Ceci a conduit à une première extension d'indication pour le cancer du poumon non à petites cellules muté ROS1 et devrait permettre d'en envisager d'autres. 13 179 patients ont eu un screening moléculaire en vue de cet essai qui a inclus 246 patients dès l'âge d'un an et jusqu'à 92 ans.

L'essai AcSé vémurafénib, quant à lui, prend fin au premier trimestre 2019. Au 28 novembre 2018, 205 patients ont été inclus dans cet essai.

L'Institut national du cancer, la Ligue contre le cancer et la Fondation ARC pour la recherche sur le cancer participent au financement de ces essais et des tests réalisés.

101 enfants en échec thérapeutique ont pu être traités dans près de 20 pathologies différentes dans le cadre du Programme e-SMART (spécifiquement pédiatrique)

Le programme e-SMART constitue le troisième essai thérapeutique du programme AcSé. Entièrement dédié aux cancers pédiatriques, le programme s'appuie sur des essais cliniques de phases I et II pour proposer aux enfants et adolescents, en situation de rechute ou d'échec thérapeutique, des molécules innovantes seules ou en association pour le traitement de leurs cancers, quel qu'en soit leur type.

Promu par Gustave Roussy et cofinancé par l'Institut, l'association Imagine for Margo et la Fondation ARC pour la recherche sur le cancer, le programme e-SMART ambitionne de mettre à disposition des patients pédiatriques plus de molécules et de s'appuyer sur les six centres pédiatriques labellisés par l'Institut pour les essais de phases précoces (CLIP) pour le réaliser.

AcSé e-SMART : 101 enfants traités dans près de 20 pathologies

Cet essai de dimension européenne a été ouvert aux Pays-Bas et les autorisations d'ouverture en Allemagne, Italie, Grande-Bretagne et Espagne sont attendues en 2019.

L'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé met en place un circuit accéléré de 40 ou 25 jours (« fast-track ») pour le traitement des demandes d'autorisation pour les essais cliniques sur des médicaments

Afin de permettre un accès plus rapide aux traitements innovants pour les personnes et d'améliorer l'attractivité des essais cliniques en France, l'Agence nationale de sécurité du médicament vient de mettre en place deux circuits courts (dits « Fast Track ») qui réduisant les délais d'instruction à 40 jours voire 25 jours (contre 60 à l'heure actuelle) des demandes d'autorisation d'essais cliniques de médicaments dans le respect de la sécurité des patients. Ce nouveau dispositif, lancé à partir d'octobre 2018, concerne aussi bien les essais cliniques de traitements innovants que les nouveaux essais avec une molécule connue.

« Rendre l'innovation en santé accessible plus rapidement pour les patients » est une priorité affichée par le gouvernement dans le cadre du 8^{ème} Conseil stratégique des industries de santé (CSIS) que l'ANSM, garante de la sécurité et de la qualité des autorisations délivrées, a intégré dans son programme de travail en 2018.

L'Institut national du cancer et l'ANSM, lors de l'élaboration des recommandations de bonnes pratiques sur le mélanome, ont identifié avec les experts en oncologie et la Société française de dermatologie la nécessité de nouvelles recommandations temporaires d'utilisation (RTU) dans le traitement adjuvant de cette maladie. L'objectif est de prévenir la réapparition du mélanome après une intervention chirurgicale à visée curative.

Délais d'instruction des demandes d'autorisation d'essais cliniques de médicaments réduits de 60 jours à 40, voire à 25 jours

Ces RTU répondent à un besoin thérapeutique insuffisamment couvert à ce jour dans cette pathologie grave. Elles sont fondées sur les données les plus récentes permettant de présumer d'un rapport bénéfice/risque favorable.

En concertation avec l'Institut national du cancer, les experts en oncologie et la Société française de dermatologie, l'ANSM a ainsi élaboré trois RTU dans le traitement adjuvant du mélanome pour Opdivo® (nivolumab), Keytruda® (pembrolizumab) et l'association Mekinist®-Tafinlar® (trametinib-dabrafenib). L'objectif du traitement est de prévenir la réapparition du mélanome, chez les patients ayant subi une intervention chirurgicale pour le supprimer.

Un programme d'« Horizon scanning » est en cours de mise en place, afin d'anticiper l'impact clinique organisationnel et économique des médicaments anticancéreux innovants et des biomarqueurs sur le système de santé

Pour mieux identifier et anticiper les innovations des anticancéreux, l'Institut national du cancer s'est doté depuis 2017 d'un programme d'« horizon scanning ». Ce programme vise à identifier les médicaments anticancéreux, qu'ils soient nouveaux ou en phase de développement, en amont de leurs autorisations de mise sur le marché afin d'évaluer leur impact sur le plan thérapeutique, de l'organisation des soins et le plan économique. Il recueille également des informations sur les biomarqueurs des maladies.

Le premier appel d'offres s'est clôturé en février 2018 et les travaux pour la réalisation et le cadrage du programme sont déjà entamés. La première étape consiste à construire une base de données recensant les médicaments en cours d'essais cliniques et à les associer à toutes les données jugées pertinentes en termes d'impact clinique, d'organisation des soins et d'économie.

Cette initiative s'accompagne de collaborations internationales, notamment dans le cadre d'EuroScan « International Information Network on New and Emerging Health Technologies », réseau international et collaboratif d'échange d'informations sur les technologies émergentes permettant le partage des méthodologies de dispositifs d'Horizon scanning.

LES ACTIONS EN RÉGION

UNE VOLONTÉ FORTE DES RÉGIONS DE FAVORISER L'ACCÈS AUX ESSAIS THÉRAPEUTIQUES POUR LES PATIENTS ATTEINTS DE CANCER GRÂCE À DES DISPOSITIFS DE PROXIMITÉ

L'accès aux essais thérapeutiques est un enjeu majeur pour les patients. Pour le faciliter, les acteurs régionaux de la recherche, les ARS et les réseaux régionaux de cancérologie, œuvrent à fluidifier l'accès à l'information sur les essais cliniques pour les professionnels de santé et les patients.

Toutes les régions sont dotées de répertoires, plateformes internet, générés et mis à jour par les réseaux de cancérologie. Au-delà d'une information sur les essais cliniques en cours, ces outils apportent d'autres services utiles aux professionnels ou aux patients. Ainsi, en Normandie, l'annuaire régional des essais cliniques intègre des arbres décisionnels par spécialité permettant l'orientation des patients vers les essais cliniques qui correspondent à leur pathologie. Parfois la démarche de recensement des essais cliniques est interrégionale.

C'est le cas en Bretagne et Pays de la Loire où l'ensemble des essais cliniques de cancérologie ouverts en Bretagne, mais aussi les essais de phases I et II ouverts des Pays de la Loire sont identifiés dans un annuaire interrégional Grand Ouest des essais cliniques en cancérologie.

L'accès des patients aux essais cliniques dépend d'abord de la capacité des équipes de recherche à les y inclure. Pour soutenir ces inclusions, des stratégies de renforcement des moyens, en particulier humains, mais aussi de mutualisation et d'organisation des équipes ont pu être déployées. En Bretagne et Pays de la Loire, ARPEGO (Accès à la recherche clinique précoce et innovante dans le Grand-Ouest), réseau interrégional de recherche d'essais thérapeutiques, permet l'inclusion des patients dans des essais portés dans l'inter-région et, lorsqu'aucun essai n'y est en cours, procède à la recherche d'essais thérapeutiques dans d'autres régions.

Les équipes mobiles de recherche clinique sont également un moyen de soutien des investigateurs et de favorisation des inclusions. En Centre-Val de Loire, l'équipe mobile est active dans l'inclusion des patients, notamment les enfants et les personnes de plus de 75 ans. Elle mène aussi des actions de sensibilisation auprès des établissements autorisés au traitement du cancer, pour développer la recherche clinique dans de nouveaux centres. En Nouvelle-Aquitaine, plusieurs équipes mobiles de recherche clinique sont mobilisées pour intervenir aussi bien dans les établissements privés que dans les établissements publics.

Pour favoriser le déploiement des essais cliniques, des formations sont par ailleurs organisées au bénéfice des professionnels de santé. En Normandie, des formations en e-learning sont proposées aux médecins des établissements de recours et de proximité, ainsi que des ateliers de sensibilisation à la recherche, à l'attention des personnels paramédicaux impliqués.

Ce constat de mobilisation et de mutualisation en faveur de l'inclusion dans les essais cliniques doit être tempéré pour les régions d'Outre-mer, où l'accès aux essais cliniques est déficitaire. Peu d'établissements ultramarins sont sollicités pour inclure des patients du fait de l'éloignement, de la difficulté de mises à disposition des unités de traitements, et, lorsqu'ils y sont inclus, les patients doivent rester en métropole tout le temps de l'inclusion.

Objectif 6 Conforter l'avance de la France dans la médecine personnalisée

Plus de 46 000 patients ont bénéficié d'un séquençage de nouvelle génération (NGS) pour identifier des cibles thérapeutiques

Pour faire face au besoin croissant d'examens moléculaires, les plateformes de génétique moléculaire des cancers (génétique tumorale) et les laboratoires d'oncogénétique (génétique constitutionnelle) ont amorcé un virage technologique dans le but d'adopter des technologies contribuant à accroître leurs capacités d'analyses, comme les technologies NGS qui permettent de séquencer intégralement et simultanément un grand nombre de gènes.

Dans cette perspective, à la suite d'une phase pilote initiée en 2013, l'Institut national du cancer a déployé le NGS sur panels de gènes au sein de ces laboratoires afin de mieux caractériser les cancers, voire de proposer de nouvelles options thérapeutiques (thérapie ciblée notamment), en génétique tumorale, ou bien d'identifier des altérations prédisposant à un risque très élevé de cancer en génétique constitutionnelle. Grâce aux financements de l'Institut, la phase de validation technique du NGS et le recrutement de bio-informaticiens ont été possibles et une harmonisation des démarches de qualité a été effectuée.

En 2017, 46 184 patients ont bénéficié d'un examen par NGS au sein des 28 plateformes de génétique moléculaire, soit plus de 50 % des patients testés.

46 184 patients ont bénéficié d'un examen par NGS dans 28 plateformes de génétique moléculaire

Près de 30 000 patients ont bénéficié d'un test moléculaire par NGS pour identifier les gènes de prédispositions connus

Près de 5 % des cancers diagnostiqués sont liés à la présence d'altérations génétiques constitutionnelles et, à ce jour, plus de 80 gènes de prédisposition génétique ont été identifiés. Transmissibles à la descendance, ces altérations peuvent être recherchées chez des personnes (cas index) dont les antécédents médicaux, personnels et/ou familiaux, sont évocateurs d'une forme héréditaire de cancer. En France, le diagnostic de ces prédispositions est mis en œuvre dans le cadre du dispositif national d'oncogénétique. Celui-ci s'organise autour de 148 sites de consultation, se répartissant dans 104 villes, sur l'ensemble du territoire (France métropolitaine et départements d'Outre-mer). Il se compose, par ailleurs, de 26 laboratoires en charge de la réalisation des tests génétiques prescrits par les consultations. Cette structuration, adossant des laboratoires aux consultations d'oncogénétique, a pour objectif d'identifier les personnes prédisposées héréditairement au cancer, qu'il s'agisse des malades eux-mêmes (cas index) ou de membres non malades de leur famille (apparentés).

77 478 consultations d'oncogénétique ont été réalisées en 2017 par 148 sites répartis dans 104 villes (soit une progression de 8 % par rapport à 2016)

77 478 consultations d'oncogénétique ont été réalisées en 2017. Ce chiffre regroupe toutes les nouvelles consultations s'adressant à un malade (30 442) ou à un apparenté (11 317), les éventuelles consultations d'accompagnement ayant lieu durant le déroulement du test génétique, ainsi que les consultations dédiées à l'annonce du résultat (35 719). Entre 2003 et 2017, le nombre de consultations a ainsi été multiplié par six.

En 2017, le délai médian d'obtention d'un premier rendez-vous en consultation a été de 12 semaines pour un cas index et de 6 semaines pour un apparenté. Grâce à la généralisation du NGS qui a permis de tester 92 % des cas index en 2017, le délai médian de réponse des laboratoires se réduit, atteignant 22 semaines pour un cas index dans un contexte de suspicion de syndrome seins-ovaires ou de syndrome de Lynch. Le délai de réponse pour un apparenté est resté quant à lui stable, aux alentours de 5-6 semaines.

Une mutation les prédisposant héréditairement à un cancer (tous gènes confondus) a été identifiée chez 3 866 malades et 4 948 apparentés.

Depuis 2003, le dispositif national d'oncogénétique (consultations et laboratoires) a ainsi permis d'identifier 73 672 personnes porteuses d'une mutation les prédisposant héréditairement à un risque très élevé de cancer. Celles-ci sont alors orientées vers l'un des 17 programmes régionaux ou interrégionaux de suivi, soutenus depuis fin 2012 par la DGOS et l'Institut national du cancer, et qui doivent leur proposer un suivi spécifique, basé sur la surveillance et/ou la chirurgie préventive.

L'Institut national du cancer accompagne la mise en place du Plan France médecine génomique

Lancé depuis 2015 le Plan France médecine génomique 2025 veut faire de la France un leader en médecine génomique. Il propose à ce titre de développer la médecine de précision basée sur le séquençage de nouvelle génération au niveau national.

L'Institut national du cancer accompagne son déploiement et notamment la mise en place du séquençage du génome (séquences codantes (Whole Exome), séquences codantes et non codantes (Whole Génome) et séquences transcrites (RNASeq)) dans le cadre du soin pour les patients atteints de cancer.

Un appel à projets organisé en 2017 a permis de sélectionner les deux premières plateformes, SEQOIA et AURAGEN.

Parmi les quatre projets pilotes du Plan France médecine génomique, le projet pilote Multipli se place dans le contexte de deux cancers différant dans leur fréquence, leur gravité et le nombre d'altérations géniques connues. Deux essais sont ainsi réunis sous le label Multipli : il s'agit d'Acompl et de Multisarc, menés respectivement chez des patients atteints d'un cancer colorectal métastatique ou d'un sarcome des tissus mous avancé. Promus par l'Inserm, ces essais impliquent, outre des firmes pharmaceutiques, une vingtaine de collaborateurs, le Centre national de recherche en génomique humaine, une plateforme de bioinformatique et deux plateformes de génétique moléculaire de l'Institut national du cancer (HEGP et Institut Bergonié). Il devrait permettre à 2 400 patients atteints de sarcomes et de cancers colorectaux de bénéficier d'un séquençage complet de leur tumeur. Au premier semestre 2018, l'étude de faisabilité pour la généralisation de l'essai s'est clôturée avec un rapport documentant les 30 verrous identifiés et levés avant l'inclusion des premiers patients.

Un test visant à étudier l'instabilité micro satellitaire est financé dans le cadre de l'essai AcSé « Nivolumab pour des patients adultes porteurs de certains types de cancers rares »

L'identification de biomarqueurs prédisant l'efficacité des inhibiteurs de points de contrôle est un enjeu de recherche majeur, car seuls des sous-groupes de patients répondent à ces traitements.

Le pembrolizumab a obtenu une AMM en première ligne pour des patients adultes atteints d'un cancer bronchique non à petites cellules métastatique dont plus de 50 % de cellules tumorales ont développé un mécanisme d'inhibition de la réponse immunitaire (PD-L1). Cela a rendu la recherche de ce biomarqueur indispensable en routine clinique pour un très grand nombre de patients. À cet effet, l'Institut national du cancer a amené un soutien spécifique en 2018 à l'Association française d'assurance qualité en anatomie pathologique pour mener des actions en vue d'assurer la qualité des tests effectués.

Par ailleurs, plusieurs essais cliniques ont évalué l'efficacité des inhibiteurs de points de contrôle chez des patients dont la tumeur présentait une déficience du système MMR, pouvant être mis en évidence par immunohistochimie ou par un test de biologie moléculaire évaluant l'instabilité des microsatellites. Ces molécules n'ont pas encore obtenu d'AMM européenne dans ces indications à ce jour. L'essai AcSé Nivolumab comporte une cohorte, désormais close aux inclusions, comprenant des patients avec un cancer non colorectal et dont la tumeur présente une déficience du système MMR. La détermination de ce statut est effectuée par les 28 plateformes de génétique moléculaire qui reçoivent un financement dédié dans ce cadre.

La réalisation de ce test dans différents types de cancers soulève des problèmes techniques, car les marquages par immunohistochimie et les marqueurs analysés en biologie moléculaire ont été optimisés pour le cancer colorectal. Dans ce contexte, une réunion d'un groupe rassemblant cette fois des pathologistes et des biologistes moléculaires a été organisée le 22 février 2018 pour faire le point sur les actions à mener en vue d'assurer la qualité des tests effectués dans les différents types de cancers concernés.

Les Cancéropôles et les SIRIC s'investissent dans la recherche en sciences humaines et sociales pour une approche de la médecine de précision

Le déploiement et l'intégration des activités de recherche en sciences humaines et sociales, épidémiologie et santé publique constituent l'un des défis des SIRIC. Les sites tiennent compte des spécificités de ce domaine de recherche, de leurs forces en présence et se donnent véritablement les moyens de développer des projets de recherche intégrée ambitieux. Les thématiques et les axes transversaux développés par les SIRIC pour la nouvelle labellisation 2018-2022 portent sur des questionnements sur le droit à la santé et l'éthique, les inégalités d'accès au soin, l'annonce du diagnostic et le parcours thérapeutique, la qualité de vie des patients et des proches, et la réinsertion professionnelle après un cancer. Un réel effort est fait sur les investissements, notamment sur le recrutement de personnel dédié possédant les expertises adéquates, afin d'atteindre les objectifs fixés d'intégration de tous les aspects de la recherche en cancérologie et de diffusion des résultats et des savoir-faire.

Les projets en sciences humaines et sociales, épidémiologie et santé publique sont également une priorité pour les Cancéropôles. Ils participent notamment à l'émergence de projets de recherche innovants dans ces domaines, mais favorisent aussi les collaborations en soutenant l'organisation de séminaires. Le département des sciences humaines et sociales du centre Léon Bérard a notamment organisé pour la première fois en 2018, en partenariat avec le SIRIC de Lyon (LYriCAN) et le Cancéropôle Lyon-Auvergne-Rhône-Alpes (CLARA), son premier colloque sur le thème des apports de la médecine de précision à la cancérologie. Ce colloque avait pour ambition de couvrir les thématiques autour de transformation des savoirs, de l'organisation hospitalière et de la relation patient-médecin en lien avec les nouvelles techniques de séquençage à haut débit des tumeurs et l'analyse bio-informatique des données moléculaires ainsi générées.

LES ACTIONS EN RÉGION

AGENCES RÉGIONALES DE SANTÉ ET MÉDECINE DE PRÉCISION : UNE GRANDE IMPLICATION DANS LE DÉPLOIEMENT DES STRUCTURES ET DISPOSITIFS SUR LES TERRITOIRES DE MÉTROPOLE

Dans un contexte de progression de la demande en oncogénétique, les ARS accompagnent le déploiement du dispositif national d'oncogénétique portée par l'Institut national du cancer et la DGOS. Ainsi, en région Grand-Est et Bourgogne-Franche-Comté, deux programmes, GENECAL (Alsace, Lorraine) et ONCOGENE (Bourgogne-Franche-Comté, Champagne-Ardenne) assurent un suivi individualisé des personnes présentant des prédispositions génétiques au cancer, organisant autant que de besoin l'activité de recours et l'expertise. En Nouvelle-Aquitaine, le programme « CaPLA », porté depuis 2013 par le réseau régional de cancérologie, permet leur accompagnement.

L'un des enjeux de la génétique oncologique réside également dans l'implantation sur les territoires d'infrastructures capables de réaliser une recherche d'anomalies dans le génome tumoral afin de proposer des thérapies ciblées. Les établissements de santé, soutenus par les ARS, participent à la mise en œuvre de ces projets. Ainsi, en Île-de-France, l'ARS accompagne la création de la plateforme de séquençage à très haut débit à visée sanitaire « SeqOIA » portée par l'AP-HP, l'Institut Curie et Gustave Roussy. En Auvergne-Rhône-Alpes, le projet AURAGEN, également plateforme de séquençage à très haut débit à visée sanitaire, permet de proposer aux patients atteints de cancer de nouvelles stratégies thérapeutiques, notamment les thérapies ciblées grâce au séquençage en routine de génomes individuels. Ces deux projets ont été sélectionnés par le ministère de la Santé pour le Plan France médecine génomique 2025 pour être les deux plateformes pilotes nationales pour le développement du séquençage complet du génome dans les tumeurs et les maladies rares. Dans les Hauts-de-France, l'ARS soutient la mise en place d'une plateforme de biologie moléculaire de Séquençage à très haut débit (STHD) entre le CHU d'Amiens et le CHU de Lille. Le développement de cette activité sera ciblé sur le diagnostic et la décision thérapeutique en cancérologie notamment dans le domaine de l'oncologie thoracique, l'oncodermatologie et l'oncohématologie.

Et également en 2018... (Objectifs 1 à 6)

Un vaccin qui protège contre cinq génotypes supplémentaires d'HPV à haut risque

Face à la faiblesse du taux de couverture vaccinale contre les HPV (21,4 % des jeunes filles de 16 ans) et avec la mise sur le marché du vaccin nonavalent (Gardasil 9®) qui prévient 90 % des infections HPV, l'Institut de recherche en santé publique a lancé un appel à manifestation d'intérêt visant à la co-construction d'un projet de recherche sur l'acceptabilité de la vaccination contre les HPV chez les jeunes filles en âge scolaire dont la publication des résultats est prévue pour mars 2019.

Des expérimentations en région visant à développer des dispositifs de détection précoce de certains cancers

Dans les Hauts-de-France, le projet de recherche appliquée PATHACOV étudie les possibilités de détection précoce des cancers bronchopulmonaires par une méthode non invasive, la détection des tumeurs par composés organiques volatils mesurés dans l'haleine. Porté par le CHRU de Lille, en association avec l'ARS, et déposé dans le cadre d'Interreg France-Wallonie-Vlaandere, il repose sur un partenariat franco-belge impliquant cinq centres hospitaliers et sept laboratoires de recherches.

L'ARS Hauts-de-France conduit par ailleurs, en lien avec l'Union régionale des médecins libéraux une expérimentation, mobilisant 131 médecins généralistes et 11 dermatologues libéraux sur la télé-expertise en dermatologie dans les zones présentant une sous-densité médicale. L'objectif, pour les médecins généralistes, est de faciliter un accès rapide à une expertise dermatologique en cas de suspicion de tumeurs cutanées.

La publication d'un rapport de benchmark international sur l'innovation médicamenteuse

Les nombreuses innovations médicamenteuses en cancérologie, de plus en plus coûteuses, interrogent les capacités des processus d'accès au marché tant d'un point de vue réglementaire, organisationnel que financier.

Face à ces constats, l'opérabilité des dispositifs d'évaluation actuels peut être interrogée et des réflexions autour de l'accélération et la facilitation de la reconnaissance de l'innovation et de la mise à disposition des traitements pour les patients peuvent être engagées pour identifier des évolutions qui permettront de répondre aux nombreuses problématiques soulevées.

Dans ce contexte, l'Institut national du cancer a décidé, en lien avec l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé et la Haute Autorité de santé, de mener une analyse comparative internationale avec un double objectif : définir et identifier l'innovation médicamenteuse en cancérologie d'une part et identifier les procédés permettant de faciliter la mise à disposition de ces innovations d'autre part.

Cette étude publiée en janvier 2018 et la mise à disposition de ses résultats les plus pertinents constituent une photographie des pratiques et réflexions menées dans différents pays, qui pourra alimenter les réflexions sur l'organisation française actuelle et ses potentielles pistes d'évolution.

Les 20 ans du Comité de patients pour la recherche clinique

Créé initialement par la Ligue contre le cancer et Unicancer, le Comité de patients pour la recherche clinique a fêté ses 20 ans en 2018. Il permet d'impliquer de plus en plus les patients dans la recherche clinique, que ce soit pour améliorer les notes d'information, que pour participer à l'élaboration des résultats des essais.

Les travaux de révision des modalités de prise en charge des prothèses capillaires devraient aboutir au début de l'année 2019

La révision des modalités de prise en charge des prothèses capillaires, qui s'adressent aux patients perdant leurs cheveux à la suite, par exemple, d'un traitement par chimiothérapie, est en cours de finalisation. Un avis de projet modifiant les normes techniques minimales devant être satisfaites par les prothèses et les magasins vendant ces produits a été publié en août 2018 par les ministres en charge de la santé et de la Sécurité sociale. Les négociations menées par le Comité économique des produits de santé sur la base de cet avis de projet devraient permettre de diminuer le reste à charge des patients, en augmentant la base de remboursement par l'Assurance maladie des prothèses, et en encadrant les prix maximaux de vente.

2. PRÉSERVER LA CONTINUITÉ ET LA QUALITÉ DE VIE

Objectif 7 Assurer des prises en charge globales et personnalisées

Le dispositif d'annonce est en cours de rénovation pour une meilleure prise en compte des besoins des patients et une meilleure coordination entre professionnels de santé

La mise en place du dispositif d'annonce est l'une des conditions transversales de qualité que tout établissement de santé doit appliquer pour être autorisé à traiter le cancer. Plus de dix ans après sa formalisation, force est de constater que son déploiement demeure très hétérogène, et ce parfois au sein d'un même établissement. Trop souvent encore l'annonce est réalisée sans que les différents temps de ce dispositif ne soient proposés aux patients et sans respecter totalement le cadre souhaité par ces derniers. De plus, le dispositif d'annonce tel qu'il existe actuellement ne prend pas assez en compte l'articulation avec la médecine de ville, notamment en ce qui concerne la circulation d'information entre professionnels. La marge de progression dans les interfaces entre la ville et l'hôpital demeure importante, au détriment parfois de la coordination des soins du patient.

Il est essentiel que puisse être instaurée entre le professionnel de santé et le patient une relation basée sur l'empathie et l'humanité pour un meilleur accompagnement du patient face à la détresse de l'annonce du diagnostic et aux propositions thérapeutiques qui lui sont proposées.

C'est pourquoi l'Institut national du cancer a proposé une évolution de ce dispositif, dans une logique plus intégrée, visant une meilleure coordination de l'ensemble des professionnels pour un meilleur accompagnement des patients, portant un grand intérêt aux personnes plus vulnérables.

Le dispositif initialement très axé sur le monde hospitalier est ainsi mieux adapté à l'évolution des parcours, qui reposent de plus en plus sur des diagnostics et traitements réalisés en ville, exigeant une précision des rôles de chacun dans le cadre de l'annonce, afin que soit délivrée au patient une information progressive, personnalisée, adaptée, tenant compte de sa singularité de ses besoins. L'annonce du diagnostic pour des enfants, adolescents, jeunes adultes et des personnes plus vulnérables (personnes âgées, personnes avec déficience intellectuelle, migrants, par exemple) fait l'objet d'un accompagnement plus spécifique, le cas échéant avec l'appui de professionnels des champs social et médico-social, afin de favoriser leur compréhension.

L'Institut national du cancer a publié, avec le soutien de la Ligue contre le cancer, une mise à jour du guide Cancer Info sur les traitements des cancers du poumon

Ce guide d'information Cancer info présente les traitements et le suivi des formes les plus fréquentes des cancers du poumon : les cancers bronchiques non à petites cellules et les cancers bronchiques à petites cellules. Il aborde la question des traitements, de leur déroulement et des effets indésirables possibles. Il présente, par ailleurs, les différents professionnels que les patients peuvent être amenés à rencontrer, ainsi que des informations pratiques et des ressources utiles. Les termes scientifiques que les patients peuvent entendre tout au long des traitements sont définis dans un glossaire disponible en fin de guide.

En 2018, on estime le nombre de nouveaux cas de cancers du poumon à 31 231 chez l'homme et à 15 132 chez la femme

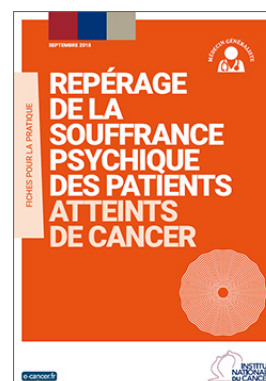
Des guides sont également publiés par l'Institut, pour une meilleure prise en compte des dimensions psychiques et sociales de la maladie

Les personnes atteintes de cancer traversent une dure épreuve les affectant sur les plans physique et psychologique, susceptible également de générer des ruptures dans leur vie sociale et professionnelle.

Dans une logique d'appui à des prises en charge globales et personnalisées et de facilitation des parcours des patients, l'Institut national du cancer a souhaité proposer des outils permettant à la fois aux professionnels de santé de mieux appréhender la souffrance psychique et de faciliter les démarches sociales des personnes malades.

La coordination des professionnels est indispensable pour le repérage et le traitement de la souffrance psychique. Une collaboration étroite entre l'équipe oncologique et le médecin généraliste doit être organisée dès que possible, et idéalement avant la réunion de concertation pluridisciplinaire. Un référentiel organisationnel et une fiche pour la pratique ont ainsi été élaborés, visant à aider les médecins généralistes dans leur pratique quotidienne auprès des patients atteints de cancer en présentant de façon synthétique le repérage de la souffrance psychique de ces patients.

La maladie peut également modifier les liens familiaux et sociaux, perturber l'activité professionnelle, poser des problèmes financiers, remettre en cause des projets de vie. Or, il n'est pas toujours simple de se repérer parmi les multiples dispositifs. Un second guide vient aider les personnes atteintes de cancer et leurs proches à connaître leurs droits sociaux et à les orienter dans leurs parcours, pendant et après la maladie.



LES ACTIONS EN RÉGION

LES AGENCES RÉGIONALES DE SANTÉ INVESTIES DANS LA PROMOTION DE PROJETS DE PARCOURS PERSONNALISÉS ET INTÉGRÉS, AU BÉNÉFICE D'UNE MEILLEURE QUALITÉ DE VIE DES PATIENTS

L'amélioration du parcours du patient est un enjeu majeur, permettant également d'améliorer la qualité de vie des patients. Au-delà du déploiement des dispositifs nationaux, les ARS soutiennent des projets et des études d'interventions relatives à la qualité des démarches proposées. En Pays de la Loire, un appel à projet sur l'amélioration de l'accompagnement et de l'accès aux soins palliatifs a permis de retenir sept établissements. En Centre-Val de Loire, le réseau régional de cancérologie est promoteur d'une étude clinique européenne francophone sur la méditation de pleine conscience, dont l'objectif est de déterminer les critères prédictifs de l'amélioration de la qualité de vie de personnes ayant eu un cancer et suivant le programme « Mindfulness-Based Stress Reduction ». En Guadeloupe, le réseau Karukera-onco met en place des études d'évaluation de « qualité de vie et diététique » et sur l'incitation à la pratique d'une activité physique adaptée par le biais de messages SMS. Dans les Hauts-de-France, pour améliorer la structuration de l'offre, l'organisation des parcours des patients, la qualité et la sécurité des soins, l'ARS a mené un état des lieux qualitatif et quantitatif des deux techniques de traitement de la douleur prises en compte dans le panier de soins de support : l'analgésie intrathécale et l'hypno-analgésie auprès des établissements autorisés en cancérologie et des établissements disposant d'une labellisation Structure douleur chronique.

Objectif 8 Réduire les risques de séquelles et de second cancer

Un guide sur la promotion, consultation et prescription médicale d'activité physique et sportive pour la santé chez les adultes est élaboré par la Haute Autorité de santé pour aider les professionnels à appréhender cet enjeu essentiel

En France métropolitaine, chez des adultes de 18 à 74 ans, seuls 53 % des femmes et 70 % des hommes atteignent les recommandations de l'OMS en matière d'activité physique. Près de 90 % des adultes déclarent 3 heures ou plus, par jour, de temps passé à des comportements sédentaires et 41 % plus de 7 heures. Un adulte sur cinq cumule un niveau de sédentarité élevé et un niveau d'activité physique bas, inférieur aux recommandations pour la santé.

Or l'activité physique a des effets bénéfiques sur la santé, la condition physique et le maintien de l'autonomie à tous les âges de la vie. Une activité physique régulière permet de prévenir de nombreuses maladies, dont le cancer. En effet, l'activité physique intervient dans les préventions primaire, secondaire et tertiaire, contribuant à une amélioration globale de la qualité de vie, une amélioration de la tolérance des traitements et de leurs effets à moyen et long termes, ainsi qu'un allongement de l'espérance de vie et une réduction du risque de récurrence.

Seuls 53 % des femmes et 70 % des hommes atteignent les recommandations de l'OMS en matière d'activité physique

La prescription d'activité physique adaptée à la pathologie, aux capacités physiques et au risque médical dans le cadre du parcours de soins des patients atteints d'une affection longue durée (ALD) est inscrite dans la loi de modernisation de notre système de santé du 26 janvier 2016.

La Haute Autorité de santé a publié dans ce cadre un guide pratique pour la « promotion, consultation et prescription médicale d'activité physique et sportive pour la santé chez les adultes », accompagné de référentiels d'aide à la prescription par pathologie. Son objectif est de permettre aux médecins de prescrire l'activité physique aux personnes atteintes de cancer ou de maladies chroniques ou présentant un état de santé (avancée en âge, grossesse, etc.) pour lequel les bénéfices de l'activité physique sont reconnus.

L'enjeu est également de faciliter la mise en place dans les territoires de parcours de santé pluriprofessionnels centrés sur la prescription d'activités physiques et sportives en soins primaires.

La préservation de la fertilité occupe une place plus importante dans les soins des personnes atteintes de cancers

À l'occasion de la consultation de proposition de stratégie thérapeutique – préalablement définie en réunion de concertation pluridisciplinaire –, le médecin doit informer le patient de la toxicité des traitements du cancer sur la fertilité ultérieure et les stratégies possibles de

préservation de la fertilité en tenant compte de l'âge, du type de cancer, des traitements proposés. L'information doit être délivrée précocement. Selon une étude réalisée par l'Institut national du cancer en 2017, plus de 17 000 patients sont concernés chaque année.

Le médecin pourra ensuite orienter le patient vers le spécialiste de la reproduction compétent en préservation de la fertilité, voire vers une plateforme clinicobiologique de préservation de la fertilité. C'est un enjeu essentiel, qui s'inscrit dans la révision du dispositif d'annonce et qui fait partie intégrante de la prise en charge des personnes atteintes de cancer.

Pour autant, il est rapporté un manque de formation et d'information, tant pour les professionnels de santé que pour les patients et associations de patients : une enquête menée en 2018 par l'Agence de la biomédecine auprès de cancérologues et d'associations de patients a, en effet, confirmé le besoin de développer des outils d'information. Une nouvelle enquête auprès des ARS sera par ailleurs menée en 2019 pour faire le point sur l'organisation régionale de l'activité de préservation de la fertilité.

Parallèlement, des recommandations de bonnes pratiques en vue de l'attribution du label INCa seront proposées par l'Association francophone des soins oncologiques de support (AFSOS) et l'Association française d'urologie (AFU) en 2019. Ces recommandations viendront préciser les indications et les modalités de la préservation de la fertilité et permettront de développer les outils d'information nécessaires ; elles apporteront les connaissances permettant aux cancérologues de conseiller au mieux leurs patients.

L'aide au sevrage tabagique doit être systématisée afin de réduire les risques de récurrence et de second cancer

L'aide au sevrage tabagique des personnes atteintes de cancer est l'une des composantes de l'accompagnement devant être proposée dès l'annonce de la maladie. C'est un élément essentiel dans la lutte contre les récurrences et seconds cancers.

Après le temps de la proposition thérapeutique, un temps doit en effet pouvoir être consacré aux conseils d'hygiène de vie. Dans ce cadre, l'incitation au sevrage tabagique et la modération de la consommation d'alcool sont évoquées. Une orientation vers des structures et professionnels spécialisés peut également être proposée.

Par ailleurs, une réflexion est conduite dans le cadre de l'évolution des critères d'agrément de l'Institut national du cancer visant à impliquer davantage les établissements autorisés au traitement du cancer dans l'aide au sevrage tabagique.

**Décès par cancers estimés en 2018
en France métropolitaine :**
**le cancer du poumon se situe toujours
au 1^{er} rang chez les hommes
et au 2^{ème} rang chez les femmes**

Objectif 9 Diminuer l'impact du cancer sur la vie personnelle

Cinq ans après un diagnostic de cancer, la qualité de vie reste dégradée, publication de l'Institut national du cancer

Plus de 3 millions de personnes en France vivent aujourd'hui avec un cancer ou en ont guéri. Si le nombre de nouveaux cas diagnostiqués chaque année augmente, les progrès réalisés dans le diagnostic et les traitements ont permis de faire reculer la mortalité par cancer. La maladie demeure une épreuve difficile pour les personnes touchées, tant au plan physique que psychologique. Elle est aussi souvent synonyme de ruptures dans la vie sociale et professionnelle. Afin d'étudier l'évolution de l'impact dans le temps de la maladie sur le quotidien des personnes atteintes de cancer, l'Institut national du cancer a souhaité prolonger l'enquête sur la vie deux ans après un diagnostic de cancer (VICAN2) menée en 2012.

Réalisée par l'Inserm, cette étude explore, cinq ans après un diagnostic de cancer, l'état de santé, les séquelles et le suivi, les difficultés rencontrées au quotidien, mais aussi l'impact de la maladie et des traitements sur les ressources et l'emploi. Ses résultats ont été présentés lors d'un colloque le 20 juin 2018 à Paris.

Riches d'enseignements sur l'évolution des effets secondaires, mais également sur la répercussion de la maladie sur la vie personnelle et professionnelle des personnes atteintes d'un cancer, les résultats permettent de guider l'action des pouvoirs publics et de l'ensemble des acteurs engagés dans la lutte contre les cancers.

Aussi, certains de ces résultats confortent les actions mises en place par l'Institut national du cancer et les pouvoirs publics (le panier des soins de support, les actions en prévention tertiaire telles que le remboursement des patchs nicotiniques ou la prescription de l'activité physique, le droit à l'oubli ou encore le retour et le maintien dans l'emploi dans le cadre du Club des entreprises).

D'autres résultats demeurent préoccupants : les personnes malades rapportent, à 44,4 %, une qualité de vie physique dégradée par rapport à la population générale. La douleur et la fatigue sont très présentes. Ces résultats sont similaires à ceux observés lors de la première enquête. Ces éléments doivent nous permettre d'envisager les actions à mener pour renforcer les dispositifs actuels ou d'en mettre en œuvre de nouveaux pour orienter au mieux l'accompagnement des personnes malades et de leurs proches et améliorer leur qualité de vie.



63,5% des personnes souffrent de séquelles dues au cancer ou aux traitements

La liste des pathologies permettant de bénéficier du « droit à l'oubli » – facilitant ainsi l'accès à l'assurance emprunteur – est élargie à de nouvelles situations : des cancers du rein, des leucémies, des cancers de la prostate

Le droit à l'oubli a été mis en place en 2016, permettant aux personnes ayant souffert d'un cancer et désirant emprunter de ne plus le déclarer 10 ans après la fin du protocole thérapeutique ; ce délai est ramené à cinq ans pour les personnes ayant été atteintes d'un cancer diagnostiqué avant l'âge de 18 ans.

Ce dispositif s'accompagne également d'une grille de référence évolutive, établie par la convention AERAS sur proposition de l'Institut national du cancer, qui identifie les cancers pour lesquels une assurance aux conditions standard doit être proposée dans des délais inférieurs à 10 ans ou à 5 ans.

La première grille de référence listait déjà cinq pathologies cancéreuses : certains mélanomes de la peau et certains cancers du testicule, de la thyroïde, du sein, de l'utérus. Un an plus tard, la liste a été élargie à certains cancers du côlon et du rectum (avec des délais allant de 1 à 8 ans) et à certains lymphomes hodgkiniens (délais de 6 et 8 ans).

12 types de cancer sont désormais concernés par le droit à l'oubli

Les derniers travaux de l'Institut national du cancer réalisés dans le cadre d'un partenariat avec le réseau Francim des registres des cancers, le service de Biostatistique-Bioinformatique des Hospices civils de Lyon et Santé publique France, ont permis d'étendre le bénéfice de ce dispositif aux patients concernés par certaines leucémies (délai de 5 ans) et certains cancers du rein (délais de 5 et 8 ans) et cancers de la prostate (sans délai pour certains stades de la pathologie, jusqu'à 5 ans pour d'autres).

37 entreprises ont signé la charte visant à améliorer l'accompagnement des personnes touchées par la maladie

Trente-sept entreprises sont désormais signataires de la charte des « 11 engagements pour améliorer l'accompagnement des salariés touchés par un cancer et promouvoir la santé », ce qui représente plus de 1,2 million de collaborateurs concernés par ces mesures. Afin de les aider dans le déploiement de ces onze engagements, l'Institut national du cancer a conçu une formation sur le cancer et ses impacts sur la vie professionnelle. Cette formation ainsi que la boîte à outils regroupant l'ensemble des supports digitaux et papier destinés à soutenir des actions de pédagogie, de prévention, de dépistage et à accompagner les travailleurs atteints de cancers, sont proposées aux entreprises signataires de la charte.

Le Club des entreprises « cancer et emploi » continue de favoriser le partage d'expérience. Il offre aux entreprises l'occasion de présenter leurs actions à l'ensemble des participants, tout en se nourrissant des travaux académiques présentés par des chercheurs dans le domaine de la santé et de l'emploi.

L'Assurance maladie s'engage dans la prévention de la désinsertion professionnelle.

Les conventions d'objectifs et de gestion des branches maladie et risques professionnels prévoient la mise en place de nouveaux modèles d'actions de prévention de la désinsertion professionnelle articulés notamment autour de la médecine du travail et des employeurs. Ces nouvelles actions qui seront expérimentées dès 2019, intégreront des versants spécifiques à certaines pathologies, dont les cancers. Ainsi, les patients pourront bénéficier d'une coordination des acteurs autour de leur situation pour que leur perspective individuelle soit la plus précoce et la plus favorable possible.

Et également en 2018... (Objectifs 7 à 9)

L'expérimentation des « patients ressources » en phase d'évaluation

Cette action conduite par la Ligue contre le cancer est mise en œuvre dans deux régions, Pays de la Loire et Grand Est, selon deux profils de patients ressources : le patient ressource « parcours » - intermédiaire entre le soignant et le soigné – et le patient ressource « témoin » qui sensibilise patients et professionnels sur la base de sa propre expérience. La phase d'évaluation a débuté en septembre 2018 avec la mise en place d'enquêtes web, la réalisation de visites de terrain des établissements focus, l'analyse des entretiens avec les institutions de formation, les professionnels de santé, les psychologues (notamment sur le suivi des patients ressources).

La publication du 7^{ème} rapport de l'Observatoire sociétal des cancers de la Ligue contre le cancer

En septembre 2018, le 7^{ème} rapport de l'Observatoire sociétal des cancers de la Ligue contre le cancer a été publié, sur le thème « Après un cancer, le combat continue ». Fondé sur les résultats d'une étude inédite auprès de personnes ayant eu un cancer, ce rapport montre que les séquelles de la maladie et des traitements peuvent perdurer pendant de très nombreuses années, voire toute la vie.

3. INVESTIR DANS LA PRÉVENTION ET LA RECHERCHE

Objectif 10 Le programme national de réduction du tabagisme

Un nouveau programme national de lutte contre le tabac est lancé (PNLT 2018-2022)

La France compte plus de 12 millions de fumeurs quotidiens et le tabac est une source majeure de cancers, maladies cardiovasculaires et d'insuffisance respiratoire. Faire progresser la part des fumeurs qui réussissent à arrêter, aider à multiplier les tentatives de sevrage, et ce dans toutes les tranches d'âges et catégories sociales constituent l'un des défis majeurs de la lutte contre le tabac des prochaines années.

Le nouveau programme a été lancé par le ministère des Solidarités et de la Santé ainsi que le ministère de l'Action et des Comptes publics permettant la poursuite et l'amplification du programme national de lutte contre le tabagisme (2014-2019) et incluant les augmentations successives du prix du paquet de cigarettes, pour le porter à 10 euros en 2020.

L'année 2018 a été marquée par des chiffres très encourageants concernant la diminution de la prévalence tabagique en France : près de 1 million de fumeurs quotidiens (18-75 ans) en moins entre 2016 et 2017 ; première diminution de la prévalence tabagique chez les personnes aux revenus les plus faibles depuis 2000 avec un passage de 38,8 % 2016 à 34 % en 2017 ; une réduction du tabagisme des adolescents de 17 ans (diminution de 13 % des jeunes ayant expérimenté et de 23 % pour les fumeurs quotidiens entre 2014 et 2017).

**Près de 1 million de fumeurs
quotidiens (18-75 ans) en moins
entre 2016 et 2017**

Ces observations concordent avec le contexte de la lutte antitabac qui est marqué, ces dernières années, par une intensification des mesures réglementaires et de prévention, notamment dans le cadre du Fonds national de lutte contre le tabac : en 2016 et 2017 avec l'augmentation du forfait de prise en charge des substituts nicotiniques prescrits, le paquet neutre, campagnes récurrentes d'information du grand public de l'Institut national du cancer, 3^{ème} édition du « Mois sans tabac » par Santé publique France, nouvelle application pour mobile Tabac info service (Santé publique France, Assurance maladie).

61 spécialités de substitution nicotinique sont désormais remboursables, pour mieux soutenir les fumeurs dans leur démarche d'arrêt

Cette mesure du Plan priorité prévention présentée le 26 mars 2018 par le Premier ministre et la ministre des Solidarités et de la Santé vient compléter celles déjà prises, comme l'augmentation du prix des produits du tabac.

De nombreux traitements de substitution nicotinique sont désormais remboursables à 65 % par l'Assurance maladie : au total, 61 références de substituts nicotiques ont été inscrites en 2018 sur la liste des spécialités pharmaceutiques remboursables aux assurés sociaux, comprenant plus d'une dizaine de gammes de ces traitements avec tous les dosages existants de patches, de gommes nicotiques, de pastilles et de comprimés à sucer. Cette prise en charge permet de développer l'accessibilité des traitements d'aide au sevrage tabagique pour l'ensemble des fumeurs intentionnistes et, en particulier, les plus défavorisés. Elle permet, en effet, de supprimer l'avance de frais systématique qui était requise dans le cadre du forfait d'aide au sevrage, tout en autorisant une durée de traitement plus longue adaptée à la dépendance grâce à la disparition du plafonnement annuel de remboursement. En outre, cette mesure a permis de diminuer les prix pratiqués en officine et d'avoir un prix unique sur tout le territoire grâce au tarif administré pour les substituts nicotiques inscrits au remboursement. À titre transitoire, le forfait d'aide au sevrage de 150 euros par an et par assuré sera maintenu jusqu'à la fin de l'année 2018.

L'objectif d'accompagner les fumeurs dans l'arrêt du tabac est un engagement fort et constant des pouvoirs publics. Il s'appuie sur des actions de prévention, des campagnes de communication grand public de l'institut national du cancer et de soutien telles que l'opération « Mois sans Tabac », l'augmentation des prix du paquet de cigarettes et de tabac à rouler et sur le soutien quotidien des fumeurs par les professionnels de santé dans l'aide au sevrage tabagique.

Le programme TABADO est en cours de déploiement au sein des centres de formation des apprentis (CFA) et des lycées professionnels afin de lutter contre les inégalités de santé

25 % des adolescents de 17 ans fument quotidiennement. La prévalence du tabagisme est supérieure chez les apprentis avec 47 % de fumeurs à 17 ans. Les lycéens professionnels sont également concernés par une consommation plus importante de tabac : ils fument trois fois plus quotidiennement comparés à leurs homologues des filières générales et technologiques. L'envie d'arrêter de fumer est déjà présente puisque la moitié des fumeurs de 15-18 ans déclare vouloir cesser de fumer et deux tiers ont déjà tenté un sevrage (quatre tentatives en moyenne généralement réalisées seuls et moins de 2 % consultent un professionnel de santé pour arrêter le tabac).

L'intervention TABADO est une offre d'aide à l'arrêt du tabac de proximité et gratuite, qui repose notamment sur l'intervention, au sein de l'établissement, de professionnels de santé tabacologues qui peuvent proposer la prescription de substituts nicotiques et des consultations individuelles. Les infirmiers scolaires habilités à la prescription des substituts nicotiques viennent en appui des actions menées par le tabacologue dans le cadre plus large

d'un projet mené sur la prévention du tabac. Un essai comparatif réalisé au sein de huit établissements d'apprentissage lorrains a démontré l'efficacité du programme à travers un taux de sevrage deux fois plus élevé dans les établissements ayant bénéficié du programme TABADO par rapport aux établissements témoins.

Le déploiement de cette intervention a donc été retenu comme un des projets soutenus financièrement par le Fonds de lutte contre le tabac. L'objectif est de déployer progressivement sur deux ans l'intervention TABADO dans des CFA et des lycées professionnels, au sein de quinze régions. Ce déploiement fera l'objet d'une évaluation par un consortium d'équipes de recherche.

À cet effet, l'Institut national du cancer a lancé un appel à projets au printemps 2018 afin de sélectionner des porteurs de projet en 2018-2019. Treize candidats ont été retenus : sept projets pilotes et six projets d'amorçage et sont actuellement en phase de démarrage sur les territoires.

La prévalence tabagique des jeunes de 17 ans est près de deux fois plus élevée dans les lycées professionnels et les CFA que dans les lycées généraux

Un appel à projets est lancé visant à développer une stratégie intégrée de soutien de la recherche pour disposer de données probantes afin d'optimiser les politiques de réduction du tabagisme et de rendre les pratiques de lutte contre le tabagisme plus efficaces

L'Institut national du cancer et l'Institut de recherche en santé publique lancent, avec le soutien du Fonds de lutte contre le tabac, un appel à projets de recherche et d'intervention pour lutter contre le tabagisme.

Cet appel à projets couvre toutes les dimensions de la recherche, ainsi qu'un large éventail de disciplines, qui va de la recherche clinique à la santé publique, en passant par les technologies de l'information et de la communication, les sciences économiques et politiques, la sociologie, le droit, la biologie ou bien encore l'épidémiologie. Il concerne l'ensemble des thématiques, des maladies liées au tabac (cancers, maladies cardiovasculaires, addictions...), ainsi que la composition des produits, des fumées et des émissions provenant de leur utilisation.

Les projets pluridisciplinaires doivent s'inscrire dans l'un des trois volets suivants : déterminants, trajectoires du tabagisme, leviers d'actions sur les comportements liés au tabac dans la population générale ; dynamique de dépistage, diagnostic précoce, prévention tertiaire et biologie ; arrêt du tabac chez les patients non cancéreux et recherche en service de santé.

**25 projets retenus,
pour un montant de 7 millions d'euros**

LES ACTIONS EN RÉGION

UNE POLITIQUE DE LUTTE CONTRE LE TABAC TRÈS ANCRÉE DANS LES TERRITOIRES

La réduction de la consommation de tabac fait l'objet de nombreuses initiatives portées par les programmes régionaux de réduction du tabagisme (P2RT) et des dispositifs nationaux déclinés régionalement, tels que « Mois sans tabac » ou « Tabado ». L'année 2018 a été marquée par l'attribution des financements du Fonds de lutte contre le tabac avec le lancement des appels à projets prévus dans l'instruction relative au dispositif de soutien par le Fonds de lutte contre le tabac aux actions nationales prioritaires et aux programmes régionaux de réduction du tabagisme. Au cours du deuxième semestre 2018, toutes les ARS ont lancé des appels à projets et, malgré des calendriers très contraints, les sélections des projets ont pu avoir lieu au cours du dernier trimestre 2018.

Ces engagements régionaux dans la réduction du tabagisme se sont également traduits par le soutien à des actions de prévention, d'information et de formation, à destination des jeunes et des personnes les plus vulnérables, le cas échéant par la mobilisation des professionnels et travailleurs sociaux en contact avec ces personnes. Ainsi, en Bretagne, des recommandations pour la prise en compte du tabac chez les personnes en situation de précarité élaborées par un groupe de travail de professionnel ont abouti à la publication d'une plaquette destinée aux travailleurs sociaux des permanences d'accès aux soins de santé (PASS).

Le premier axe du Programme national de lutte contre le tabac prévoit la promotion de programmes validés de renforcement des compétences psychosociales et de soutien par les pairs. La dynamique est déjà enclenchée dans les régions, comme en Martinique ou en Centre-Val de Loire. Plusieurs régions se sont mobilisées pour identifier grâce à des éléments d'évaluation, les actions efficaces dans la prévention du tabac. En Bourgogne-Franche Comté, un référentiel d'intervention partagé a été réalisé, fondé sur une culture commune de la prévention, des compétences psychosociales et des programmes/actions reconnus probants dans une logique de parcours. Ce référentiel a permis d'identifier des programmes qui ont montré leur efficacité. En Normandie, un mouvement de développement et de réorientation des actions de prévention vers des méthodologies dites « probantes » a été initié, notamment grâce à la participation de la Normandie à un projet de recherche sur le « Transfert de connaissance en régional ». En Pays de la Loire, un programme d'intégration des compétences psychosociales dans le parcours éducatif de santé, « En santé à l'école », a été finalisé avec le rectorat qui le déploiera régionalement. Une réflexion au niveau national a été initiée par le comité technique du Fonds national de lutte contre le tabac en associant les ministères de l'Éducation nationale et de l'Agriculture afin de formaliser un modèle de déploiement des programmes validés en milieu scolaire, soutenables financièrement, permettant leur implantation dans tous les établissements scolaires.

Les professionnels de santé du premier recours sont des relais essentiels, du fait de leur proximité avec les personnes ciblées. Des formations et des documents d'information sont mis à leur disposition pour améliorer l'accès et la dispensation des substituts nicotiques. En Nouvelle-Aquitaine, des réunions de formation régionales sont organisées pour les pharmaciens d'officines.

En Normandie, des formations pour les nouveaux prescripteurs de substitut nicotinique sont renouvelées chaque année, un ordonnancier spécifique est diffusé permettant de concrétiser la possibilité de prescrire et les modalités de prescription par les infirmiers ont été rappelées lors de la journée régionale des infirmiers. En Grand-Est, une formation en e-learning sur le tabac et sur l'entretien motivationnel à destination des pharmaciens est expérimentée.

Toutes les régions se sont fortement engagées dans la lutte contre le tabac. Cependant, une réflexion devra être engagée en 2019 afin d'assurer la coordination et les complémentarités des projets nationaux avec le déploiement régional et les programmes régionaux de lutte contre le tabac.

Objectif 11 Donner à chacun les moyens de réduire son risque de cancer

Le Centre international de recherche sur les cancers publie un rapport sur « Les cancers attribuables au mode de vie et à l'environnement en France métropolitaine »

Une part importante des cancers est attribuable à des facteurs de risque liés aux modes de vie ou à l'environnement, et donc potentiellement évitable par une suppression ou une réduction « réalisable » de l'exposition à ces facteurs. Mesurer cette part évitable permet de cibler des priorités d'action pour la prévention du cancer.

Le Centre international de recherche sur le cancer (CIRC) a publié en juin 2018 un rapport complet sur la proportion des cancers liés aux principaux facteurs de risque en France métropolitaine en 2015. Ce travail, financé et réalisé avec le soutien de l'Institut national du cancer, présente les dernières estimations en date. Il est le fruit d'une collaboration étroite avec les agences sanitaires françaises et de nombreux experts internationaux.

L'étude a examiné treize facteurs de risque pour le cancer : le tabagisme (actif et passif), l'alcool, l'alimentation (par exemple, faible consommation de fruits, légumes et fibres, et consommation importante de viande transformée), le surpoids et l'obésité, une activité physique insuffisante, l'utilisation d'hormones exogènes, les infections, les radiations ionisantes, la pollution atmosphérique, le rayonnement solaire (UV), les expositions professionnelles, une durée d'allaitement de moins de 6 mois, et l'exposition aux substances chimiques de la population générale (arsenic dans l'eau de boisson et benzène dans l'air intérieur).

Sur les 346 000 cas de cancer diagnostiqués chez les adultes (30 ans et plus) en 2015, 142 000 cas de cancer (41 %) auraient pu être évités si l'ensemble de la population n'avait pas été exposé aux facteurs de risque étudiés, ou si son exposition avait été limitée. « Ces résultats soulignent l'importance de la prévention et permettent aux agences sanitaires en France de mieux cerner les priorités pour limiter l'exposition aux facteurs de risques les plus importants » souligne le Dr Soerjomataram, du CIRC, qui coordonnait les travaux.

Les facteurs de risque les plus importants :
- le tabac (20%),
- l'alcool (8 %),
- une alimentation déséquilibrée (5,4 %),
ainsi que
- le surpoids et l'obésité (5,4 %)

Les quatre facteurs de risque les plus importants sont le tabac, responsable du plus grand nombre de cas (20 %, soit plus de 68 000 nouveaux cas imputables au tabagisme), l'alcool (8 %), une alimentation déséquilibrée (5,4 %), et le surpoids et l'obésité (5,4 %).

Pour les facteurs de risque environnementaux, 4 % des nouveaux cas de cancers sont imputables aux agents infectieux, 3,6 % aux expositions professionnelles, 1,2 % au radon dans l'air intérieur, 0,4 % à la pollution atmosphérique, et 0,1 % à une exposition à des substances chimiques dans l'environnement général (arsenic dans l'eau de boisson et benzène dans l'air intérieur).

La Ligue contre le cancer a organisé une vaste concertation citoyenne dans le cadre de ses travaux de préparation des premiers États généraux de la prévention des cancers

La Ligue contre le cancer a initié les « Premiers États généraux de la prévention des cancers » proposant un espace de dialogue pour construire, de façon participative et pour les dix années à venir, un plan d'actions sociales, sanitaires, politiques, juridiques, technologiques, environnementales, culturelles et même fiscales, qui permettra de réduire, par la prévention, les cancers évitables. La volonté de la Ligue est de mobiliser la société, les institutions, les politiques et les médias pour que la prévention des cancers devienne une priorité nationale.

Une vaste concertation a donc été mise en place tout au long de l'année 2018, reposant sur trois piliers : dix ateliers thématiques ayant mobilisé près de 500 acteurs, une consultation publique des citoyens sur internet, la mobilisation de la parole d'enfants dans le cadre scolaire.

Ces États généraux ont reçu le soutien du CESE et de plusieurs institutions ou organismes (CIRC, INCa, ANSP, FHF, UNICANCER, EHESP...). Sous l'égide de la Ligue contre le cancer, l'ensemble des acteurs concernés : patients, proches, aidants, soignants, chercheurs, associatifs, communauté éducative, acteurs institutionnels et politiques se sont réunis le 21 novembre 2018, au Conseil économique, social et environnemental pour fixer des objectifs et construire, de façon partagée, le plan d'actions le plus pertinent pour prévenir les risques de cancers dans la population.

À cette occasion, onze recommandations ont été proposées, parmi lesquelles « renforcer l'implication des citoyens dans les politiques de prévention et la promotion de la santé ; étendre la démocratie en santé au champ de la prévention » ; « créer un dispositif d'information numérique national de référence visant à informer et à sensibiliser les personnes à l'exposition aux risques » ; « promouvoir, dès le plus jeune âge et tout au long de la scolarité, les comportements favorables à la santé ».

La parole a également été donnée à 3 100 enfants et jeunes de 143 classes dans le cadre d'une opération appelée « Un Comité, une école » réalisée, en partenariat avec l'Éducation nationale, au cours de l'année scolaire 2017-2018. Grâce à ses 103 Comités départementaux, la Ligue contre le cancer a pu associer aux débats, prises de conscience et échanges, 3 100 jeunes scolarisés de 9 à 14 ans. L'objectif de cette opération était de recueillir les propositions des enfants en faveur de la prévention des cancers. Ceux-ci ont exprimé leurs propositions d'actions dans de nombreux domaines, en répondant à la question « Si j'étais ministre, je ».

Une campagne de prévention « Savoir c'est pouvoir agir » est lancée par l'Institut national du cancer

Principaux facteurs de risque de développer un cancer, la consommation de tabac et d'alcool est responsable de près de 60 000 décès par cancers chaque année en France. En adoptant de nouvelles habitudes de vies, 40 % de l'ensemble des cancers détectés par an pourraient être évités. Afin de renforcer la connaissance du grand public sur les risques de cancers attribuables à la consommation de tabac et d'alcool et de donner à chacun les clés pour agir, l'Institut national du cancer, en lien avec le ministère des Solidarités et de la Santé, a lancé au printemps 2018 une nouvelle campagne d'information dans les médias.

L'objectif majeur de l'Institut est de porter à la connaissance de chacun des informations objectives et essentielles à la compréhension des risques du tabac et de l'alcool sur la survenue des cancers, sans préjugé et sans porter de regard moralisateur sur les habitudes de vie. Il permet ainsi de laisser le choix à chacun d'agir sur ses comportements en toute connaissance de cause.

La signature « Savoir, c'est pouvoir agir », traduit la volonté de l'Institut de délivrer au grand public une information utile, neutre et facilement appropriable tout en permettant à chacun d'exercer sa liberté d'information.



101 entreprises sont engagées dans le Nutriscore, système recommandé d'étiquetage nutritionnel

L'alimentation déséquilibrée et le surpoids sont deux facteurs de risque majeurs des cancers (chacun responsable de plus de 5 % des cancers incidents), facteurs pour lesquels cette mesure de système d'étiquetage nutritionnel simplifié peut jouer un rôle favorable.

Un an après son lancement par les pouvoirs publics, les premiers résultats présentés par le Nutri-Score, système recommandé d'étiquetage nutritionnel, officiel en France, en Belgique et en Espagne, sont très encourageants. En effet, de plus en plus d'industriels, de distributeurs et de consommateurs s'engagent dans la démarche : 101 entreprises sont aujourd'hui impliquées dans la démarche.

Santé publique France a interrogé 2 000 personnes entre mai et juin 2018 afin d'évaluer la connaissance et la perception des Français à l'égard du Nutri-Score. Cette étude confirme que le logo permet d'évaluer de manière rapide la qualité nutritionnelle des produits et de guider les consommateurs dans leurs choix. Parmi ceux qui connaissent le Nutri-Score, 91 % le considèrent comme facile à comprendre et 86 % comme facile à repérer sur l'emballage. C'est pourquoi plus de 9 Français sur 10 sont aujourd'hui favorables à la présence du Nutri-Score sur les produits alimentaires. Une proportion importante de Français va encore plus loin, estimant que son apposition devrait être obligatoire (87 %).

LES ACTIONS EN RÉGION

DES ACTEURS RÉGIONAUX TRÈS IMPLIQUÉS DANS LA PROMOTION DE LA NUTRITION

La mobilisation forte en faveur d'une politique nutritionnelle au niveau national s'appuie sur les interventions en région de nombreux acteurs de la prévention, qu'ils soient professionnels de santé ou représentants du monde associatif. Agissant dans le cadre du Programme national nutrition santé, ils interviennent auprès des usagers et des professionnels en leur permettant d'acquérir les pratiques adaptées ou les compétences nécessaires afin de favoriser une meilleure santé et un bien-être tout au long de la vie.

En Guyane, des actions de promotion de la nutrition ont eu lieu dans diverses villes. Ainsi, « du jardin à l'assiette », « Le jardin pédagogique », « Classe du goût et élevage de poules » sont autant d'interventions s'appuyant sur les productions de potagers et élevages locaux. En Auvergne-Rhône-Alpes et Bourgogne-Franche Comté, des interventions de promotion de dispositifs de prévention du surpoids et de l'obésité chez les enfants de 0 à 6 ans sont en place. Dans les Pays de la Loire, une étude « Parlons Alimentation avec nos assistantes maternelles » portée par l'organisme régional « Appui et expertise nutrition », financé par l'ARS, a permis la conception d'un guide sur l'alimentation en direction des assistantes maternelles et des parents. En Provence-Alpes-Côte d'Azur, l'ARS a financé huit projets en direction des enfants, adolescents et jeunes adultes ayant pour thématique principale la nutrition, notamment des interventions en milieu scolaire en partenariat avec l'Éducation nationale. En Bourgogne-Franche Comté, l'ARS est impliquée dans la promotion du label « Villes actives PNNS » ou « Établissements actifs PNNS » et mène une réflexion sur l'animation d'un réseau de référents pour la promotion des environnements favorables dans le parcours nutrition santé. En Occitanie, 34 collectivités sont signataires de la charte PNNS, 36 en cours d'adhésion et 25 nouvelles demandes auprès de l'ARS, témoignant ainsi de l'engagement des collectivités territoriales sur cette thématique.

L'approche globale de la nutrition portée par le PNNS implique un investissement dans une alimentation combinée à une activité physique régulière. En région, cette double approche s'est traduite par le déploiement d'actions favorisant l'activité physique en direction d'une part de la population générale, d'autre part des personnes atteintes d'un cancer. Les jeunes constituent une cible privilégiée de la promotion de l'activité physique, notamment grâce aux déclinaisons régionales du programme ICAPS (Intervention centrée sur l'activité physique et la sédentarité). Ce programme reconnu efficace par l'OMS a été déployé sur 15 sites pilotes en France dont la Guadeloupe et la Réunion avec le soutien de Santé publique France. Dans les Hauts-de-France, une campagne d'information basée sur le marketing social et la communication digitale, « Bouge avec moi », a été lancée par l'ARS pour lutter contre la sédentarité et favoriser l'activité physique dans la région. Cette campagne s'articule autour de l'animation d'une communauté digitale en s'appuyant sur la participation d'influenceuses, l'organisation de micro-événements, un site internet dédié. Les premiers résultats de cette campagne sont très positifs. En Bretagne, l'expérimentation « Activ breizh » vise à rendre effective la prescription d'activité physique après le diagnostic de cancer du sein dans le pays de Morlaix en mettant en place un parcours de soins innovant par l'intermédiaire d'une plateforme de coordination. L'ARS Grand Est et ses partenaires (le Conseil régional, la Direction régionale et départementale de la jeunesse des sports et de la cohésion sociale et le Régime local d'Assurance maladie) ont travaillé à la mise en place du dispositif Prescri'mouv. Son objectif est d'améliorer la santé et la condition physique de patients adultes atteints de certaines pathologies et notamment d'un cancer du sein, du côlon ou de la prostate, grâce à la pratique d'une activité physique ou sportive sur prescription médicale. En Océan Indien, un programme expérimental d'activité physique adaptée est développé au sein du service d'oncohématologie du centre hospitalier avec la participation du Conseil régional.

La capitalisation sur le savoir issu des premières initiatives d'activité physique adaptée, en cohérence avec les recommandations de la HAS, est primordiale pour permettre le déploiement d'interventions efficaces. Ainsi, en Corse, l'expérimentation « Sport et cancer » débutée en 2017 a mis en lumière l'importance d'accompagner les patients par l'activité physique, avec le médecin et les éducateurs sportifs. Le suivi motivationnel par un coach a joué un rôle fondateur sur la mise en place de stratégies d'adaptation aux contraintes de la vie (organisation familiale, reprise du travail, stress, manque de temps).

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

Les cancers liés à l'environnement font l'objet de travaux visant à améliorer l'état des connaissances scientifiques

Dans son rapport de 2018 sur « Les cancers attribuables au mode de vie et à l'environnement en France métropolitaine », le Centre international de recherche sur le cancer met en évidence la part des cancers attribuables aux facteurs de risque environnementaux : 3,6 % aux expositions professionnelles, 1,2 % au radon dans l'air intérieur, 0,4 % à la pollution atmosphérique, et 0,1 % à une exposition à des substances chimiques dans l'environnement général (arsenic dans l'eau de boisson et benzène dans l'air intérieur). Pour certains de ces facteurs, comme la pollution atmosphérique ou le rayonnement solaire, il existe des actions de prévention efficaces.

Ce travail collaboratif du CIRC impliquant l'ensemble des agences sanitaires françaises a aussi permis de mettre en exergue des lacunes scientifiques, en particulier pour certaines expositions (par exemple les expositions chimiques), mais aussi le besoin de recherche pour identifier le poids des facteurs de risque émergents dans la survenue des cancers (par exemple les perturbateurs endocriniens). Il permettra d'orienter les recherches futures pour produire des informations nouvelles sur les relations expositions-risque et sur les niveaux d'exposition de la population française.

L'Anses, au travers du Programme national de recherche en Santé Environnement et Santé Travail (PNR EST) qu'elle pilote et qui est financé pour partie par un budget issu du Plan cancer et géré par l'ITMO Cancer de l'alliance Aviesan, continue à soutenir des projets de recherche en Santé environnement. Par ailleurs, un colloque portant sur Cancer et environnement a été organisé le 2 octobre à Paris pour restituer les résultats des projets soutenus au travers du PNR EST et du Plan cancer en partenariat avec Aviesan et l'Institut national du cancer.

Le Gouvernement annonce un Plan vélo, comprenant un fonds de 350 M€ sur 7 ans permettant de financer des mesures de protection de l'environnement et de promotion de l'activité physique

Parce que le vélo est une solution concrète aux besoins de déplacement au quotidien des Français, ainsi qu'une réponse efficace pour accélérer la transition écologique du pays, le Gouvernement a décidé d'engager un plan vélo.

La part des déplacements à vélo en France est très basse : seulement 3 % des déplacements quotidiens, quand la moyenne européenne est de plus du double. L'objectif est, avec ce plan, de tripler la part du vélo dans les déplacements quotidiens pour atteindre 9 % en 2024.

Le plan repose sur quatre axes visant à répondre aux freins identifiés et aux attentes des Français : le développement d'aménagements cyclables de qualité et plus généralement l'amélioration de la sécurité routière ; la lutte contre le vol de vélos ; la mise en place d'un cadre incitatif adapté reconnaissant pleinement le vélo comme un mode de transport pertinent et vertueux ; le développement d'une culture vélo.

À cet effet sera créé un Fonds national « mobilité actives », d'un montant de 350 M€ visant à soutenir, accélérer et amplifier les projets de création d'axes cyclables structurants dans les collectivités.

Le colloque scientifique et d'information sur la pollution par la chlordécone en Martinique et en Guadeloupe a fortement mobilisé les citoyens et les institutions

Organisé par le groupe d'orientation et de suivi scientifique (GOSS) du plan chlordécone III et par le ministère des Solidarités et de la Santé et le ministère des Outre-mer dans le cadre du plan chlordécone, ce colloque, qui s'est tenu du 16 au 19 octobre 2018 en Martinique et en Guadeloupe, a rassemblé près de 200 experts afin de faire le point sur les avancées de la recherche dans ce domaine.

Les Directeurs généraux de la santé, de Santé publique France, de l'Anses et le Président de l'Institut national du cancer sont intervenus pour échanger et répondre aux questions que se posaient les citoyens et les professionnels sur les liens entre expositions à la chlordécone et risque de cancer.

Compte tenu des niveaux d'exposition des populations antillaises à la chlordécone et de la durée prévisible de cette exposition, il est nécessaire de poursuivre les recherches. La Direction générale de la santé a demandé la mise en place d'un appel à projets susceptible de faire la lumière nécessaire sur ce sujet et du lien avec le cancer de la prostate. Cet appel à projets sera lancé en 2019 et comportera différents volets scientifiques, notamment épidémiologiques, mais aussi en sciences humaines et sociales pour mieux répondre aux attentes de la population.

La mobilisation de la branche « accidents du travail/maladies professionnelles » de l'Assurance maladie se poursuit pour prévenir l'exposition à certains produits chimiques en entreprise

La branche AT/MP a mené un programme de prévention de 2014 à 2017 pour prévenir l'exposition à quatre agents particuliers ayant des effets cancérigènes, mutagènes ou toxiques pour la reproduction (CMR) chez les professionnels qui y ont été exposés : le perchloroéthylène dans les pressings, les émissions de moteur diesel (EMD) dans les centres de contrôle technique, le styrène dans l'industrie du nautisme et les fumées de soudage dans la métallurgie. Cette action va se poursuivre et constitue l'une des priorités de la COG AT/MP signée en octobre 2018. Un nouveau programme de prévention du risque chimique sera déployé de 2019 à 2022. 5 000 entreprises et au moins 100 000 salariés seront concernés par cette action qui vise à promouvoir la mise en place d'une démarche de prévention pérenne du risque chimique dans les entreprises ciblées. Ce programme s'appuiera notamment sur l'outil SEIRICH, outil qui aide les entreprises à évaluer les risques liés à leurs produits chimiques et les informe sur les démarches de prévention et les obligations réglementaires. Il a été développé en France dans le cadre d'un partenariat entre des acteurs publics et professionnels. Depuis 2015, plus de 20 000 entreprises de tous secteurs ont déjà adopté SEIRICH.

Ce logiciel, proposé en téléchargement libre, est régulièrement mis à jour et amélioré, suite aux retours d'expérience.

LES ACTIONS EN RÉGION

LA PRÉVENTION DE RISQUES SPÉCIFIQUES – RADON ET RAYONNEMENT SOLAIRE – CONCRÉTISÉE PAR DES ACTIONS DE TERRAIN AUPRÈS DES POPULATIONS EXPOSÉES

Le plan national de gestion du risque radon a donné lieu à une mobilisation des acteurs régionaux quant à la prévention du risque de cancer du poumon lié au radon. Elle s'est traduite par des actions d'incitation des particuliers à mesurer le radon dans leur logement, comme en Bretagne via les bulletins municipaux de l'ensemble des communes, ou en Grand-Est, où elle visait les élus et les professionnels du bâtiment dans les zones à risque potentiel. Des campagnes de mesure du radon chez les particuliers ont été réalisées. En Bourgogne-Franche Comté, cet enjeu s'est inscrit dans un contrat local de santé ; une démarche intégrant les collectivités territoriales a été conduite en Bretagne. Ces initiatives se sont appuyées dans certaines régions par la mise à disposition de kits gratuits pour la mesure du radon dans l'habitat comme en Occitanie ou dans les Pays de la Loire où un millier de dosimètres ont été commandés. Du fait du sur-risque de cancer du poumon chez les fumeurs exposés au radon, une attention particulière est portée sur l'articulation entre la politique santé environnement et celle de la réduction du tabagisme. En Corse, un groupe technique réunissant l'ARS et la ligue contre le cancer a été constitué afin de préparer les supports de communication grand public sur l'effet « cocktail » radon-tabac.

La prévention du risque solaire est également une priorité pour certaines régions. En Océan Indien, un programme de lutte contre l'exposition solaire des enfants intégrant une campagne d'information du grand public (affichage, spots radio) a été conduit en juin 2018. Des actions de prévention sont aussi menées auprès des enfants : un partenariat a été mis en place entre l'association MiSolRé et l'éducation nationale afin d'éduquer, prévenir et protéger les élèves des dangers du soleil. Le programme « Vivre avec le soleil » permet, au travers d'un guide de l'enseignant, d'aborder les bienfaits et méfaits du soleil sur la santé et d'étudier scientifiquement les meilleurs moyens pour profiter des beaux jours et de la vie en plein air en toute sécurité. Ce programme de l'association Sécurité solaire est également déployé en Bretagne, l'une des régions de France les plus touchées par les tumeurs cutanées photosensibles, afin de sensibiliser les enfants dès le plus jeune âge. Près de 3 000 professionnels sont inscrits au programme et plus de 20 000 élèves ont déjà été sensibilisés.

Objectif 13 Se donner les moyens d'une recherche innovante

Le développement de la recherche d'excellence en cancérologie se poursuit

Depuis leur création en 2003, les sept Cancéropôles se sont positionnés comme des acteurs privilégiés pour stimuler la recherche en cancérologie au niveau régional (ou interrégional), dans une logique de décloisonnement et de coopération entre équipes et disciplines. Les actions mises en œuvre par chaque Cancéropôle s'appuient sur un socle commun de missions qui ont pour objectif d'inscrire la recherche en cancérologie dans une dynamique régionale, d'accompagner les chercheurs, de faciliter les collaborations et de valoriser les résultats de la recherche. Ces missions s'inscrivant sur le long terme, l'Institut national du cancer a renouvelé leur labellisation en 2018 pour une nouvelle période de 5 ans.

Afin de maintenir une recherche d'excellence en matière de cancérologie reconnue à l'international, l'Institut national du cancer a labellisé huit sites de recherche intégrée sur le cancer (SIRIC). Réunissant autour d'un même site, des services médicaux, des équipes de recherche pluridisciplinaire et des ressources et services communs performants, ces SIRIC ont comme missions principales d'élaborer et conduire des programmes de recherche intégrée et de mettre en place des programmes de diffusion des connaissances et des nouvelles pratiques. Ils sont soutenus financièrement par la DGOS (12 M€), l'Institut (11,7 M€) et l'Inserm (3,2 M€).

Treize intergroupes coopérateurs français de dimension internationale dans le domaine du cancer ont également été labellisés et ont bénéficié d'un soutien financier par l'Institut. Cette nouvelle labellisation vise ainsi à : favoriser le regroupement et améliorer la collaboration entre groupes coopérateurs à l'échelon national et à couvrir les différentes pathologies du cancer ; renforcer les capacités académiques en termes de conception et de conduite d'essais cliniques et de recherche translationnelle ; promouvoir le renforcement des actions de dynamisation de la recherche clinique du troisième Plan cancer (2014-2019); améliorer la visibilité internationale et l'attractivité de la recherche clinique française, et développer la coopération européenne et internationale dans la recherche clinique et translationnelle française.

L'Institut national du cancer soutient la structuration de la recherche clinique en cancérologie, par la labellisation de 16 centres (CLIP²) d'essais cliniques de phase précoce (essais de phases I et II) en 2010. Cette labellisation, reconduite en 2015, a été élargie aux centres pédiatriques

Plus de 38 M€ dédiés à la recherche fondamentale en 2018

Près de 17 M€ alloués aux 32 projets du programme « Biologie et sciences du cancer »

Près de 4 M€ alloués aux 15 projets en sciences humaines et sociales, épidémiologie et santé publique

Plus de 2,6 M€ alloués au programme interdisciplinaire de « Biologie des systèmes »

Plus de 5,5 M€ alloués au programme « Physique, mathématiques et cancer »

Plus de 3,7 M€ alloués au programme « ARN non codants en cancérologie »

Près de 3,4 M€ alloués au programme dédié au soutien à l'équipement des laboratoires de recherche en cancérologie

jusqu'en 2019 : 16 centres, dont 6 pouvant prendre en charge des adultes et des enfants. L'importance démontrée de ces centres pour un accès aux molécules innovantes a conforté l'opportunité de poursuivre cette dynamique : en 2018, l'Institut a lancé un nouvel appel à candidatures pour labelliser les CLIP² en lien avec la Ligue contre le cancer.

Quatre projets de recherche clinique de phase précoce sont financés dans le cadre de partenariats public-privé

Depuis 2011, l'Institut national du cancer développe des partenariats public-privé avec des laboratoires pharmaceutiques, afin de proposer des molécules innovantes en cours de développement aux centres labellisés d'essais cliniques de phase précoce (CLIP²).

L'objectif est de sélectionner des essais cliniques académiques destinés à tester ces médicaments dans des indications ou des pathologies différentes de celles prévues dans les plans de développement des laboratoires pharmaceutiques. En 2018, l'Institut a lancé un appel à projets qui a permis de sélectionner quatre projets : trois portant sur l'immunothérapie chez l'adulte et un axé sur les thérapies ciblées chez les populations pédiatriques. La Fondation ARC pour la recherche sur le cancer contribue au financement de cet appel à projets avec l'Institut national du cancer.

Un nouveau programme de recherche PAIR dédié à l'adénocarcinome du pancréas est lancé, cofinancé par la Ligue contre le cancer et la Fondation ARC, permettant d'accompagner sept projets de recherche

Sixième cancer en termes d'incidence avec 11 662 nouveaux cas en 2012, l'adénocarcinome du pancréas constitue aujourd'hui l'un des cancers les plus redoutés. Malgré des avancées ces dix dernières années dans la compréhension de la biologie et l'histoire naturelle de ce cancer, aucune avancée clinique majeure n'est venue améliorer la survie des patients. Son pronostic demeure sombre, avec une survie à 5 ans estimée à 5 %. On estime qu'il représentera la deuxième cause de mortalité par cancers, derrière le cancer du poumon, en 2040.

Lancé à l'initiative de l'Institut national du cancer depuis 2007, le Programme d'actions intégrées de recherche (PAIR) se consacre chaque année à un type de cancers. Ce programme a 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. En janvier 2018, le programme PAIR a été dédié à l'adénocarcinome du pancréas. Cofinancé par la Ligue contre le cancer et la Fondation ARC pour la recherche sur le cancer, ce programme vise à accélérer la recherche et à réduire l'augmentation de l'incidence de l'adénocarcinome du pancréas. Dans le cadre de ce programme, quatre axes principaux à savoir l'épidémiologie-génétique, la biologie, le diagnostic précoce et l'accès au diagnostic et aux soins, ont été définis pour mieux cibler les priorités du cancer.

L'Assurance maladie contribue également au financement d'essais cliniques dans le cadre de la prise en charge à titre dérogatoire de produits utilisés au cours d'une recherche impliquant la personne humaine (Loi « Jardé »). Depuis la mise en œuvre des dispositions de cette loi en mai 2017, trois demandes dans le domaine de la cancérologie ont reçu un avis favorable de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie (UNCAM).

Et également en 2018... (Objectifs 10 à 13)

Le ministère de l'Éducation nationale et de la Jeunesse se mobilise dans la lutte contre les conduites addictives

La prévention du tabac, réalisée dans le cadre de la lutte contre les conduites addictives, est inscrite dans les projets éducatifs portés au sein des comités d'éducation à la santé et à la citoyenneté des établissements d'enseignements. Des dispositifs académiques type « écoles promotrices de santé » permettent de développer les compétences psychosociales des élèves dans le cadre notamment de la prévention des conduites addictives. Un certain nombre de programmes et d'actions probantes sont mis en place permettant aux élèves de s'engager pleinement dans une démarche participative ou auprès d'autres élèves dans le cadre de programmes de prévention du tabagisme par les pairs. Les élèves, au sein des conseils de vie collégienne ou lycéenne, peuvent s'investir dans la promotion de la santé auprès d'autres élèves. Une fiche « Addictions : prévenir, informer et protéger les élèves » dans la « Mallette des parents » est en ligne depuis la rentrée à destination des parents afin de les informer sur ce que fait l'école.

Les repères nutritionnels du PNNS ont été actualisés

Après avoir publié en février 2016 le rapport d'expertise collective et l'avis relatifs à l'activité physique et à la sédentarité du Programme national nutrition santé, l'Agence nationale de sécurité sanitaire de l'alimentation, de l'environnement et du travail a publié en janvier 2017 des rapports et avis sur la révision des repères de consommation alimentaire pour la population adulte qui ont permis à Santé publique France, après avis du Haut Conseil de la santé publique (mars 2017), d'élaborer des recommandations actualisées en alimentation, activité physique et sédentarité, pour une diffusion en janvier 2019.

4. OPTIMISER LE PILOTAGE ET LES ORGANISATIONS

Objectif 14 Faire vivre la démocratie sanitaire

L'Institut national du cancer a organisé une consultation citoyenne sur les priorités en matière de lutte contre le cancer afin d'associer la population à la définition des futures orientations stratégiques

La Stratégie nationale de santé et le Plan cancer 2014-2019 ont réaffirmé la place des usagers dans le système de santé. L'association recherchée doit aller bien au-delà de la participation pleine et entière des personnes malades aux décisions les concernant. Il est essentiel que les personnes soient impliquées dans la définition et la mise en œuvre de la politique de lutte contre les cancers.

À cet effet, l'Institut national du cancer a organisé en novembre 2018 une consultation citoyenne, visant à recueillir les attentes et les priorités de la population en matière de lutte contre les cancers. Plus de 1 700 personnes ont participé à cette enquête en ligne.

Les enseignements sont extrêmement riches et l'anticipation apparaît comme un enjeu majeur, des cancers par des dépistages précoces, des séquelles par une meilleure prise en charge, et surtout de notre compréhension de la maladie par des programmes de recherche ambitieux. La prévention constitue également une priorité, notamment par la suggestion de travailler à des dispositifs innovants pour lutter contre les principaux facteurs de risque.

LES ACTIONS EN RÉGION

LA DÉMOCRATIE SANITAIRE, INSTALLÉE EN RÉGION ET MOBILISÉE AU-DELÀ DES ATTENTES

La principale modalité de mise en œuvre de la démocratie sanitaire en région est l'implication des usagers et patients dans des instances de concertation prévues par la loi (Conférences régionales de santé et de l'autonomie, Conseils territoriaux de santé). Certaines d'entre elles, dotées de commissions des droits des usagers, se sont saisies pleinement de cet enjeu dans les dispositifs de lutte contre le cancer. En Corse, les représentants de ces instances sont présents au sein du comité de pilotage Cancer fondé par l'ARS et sont associés à la mise en œuvre de la feuille de route de l'ARS, notamment sur le projet de création d'un institut régional de cancérologie en Corse. En Martinique, la convention constitutive de la Plateforme régionale d'oncologie de Martinique (GIP PROM) s'appuie sur un Comité de démocratie sanitaire placé auprès du directeur du GIP.

Le concours « droits des usagers de la santé », initié par le ministère des Solidarités et de la Santé et co-porté en région par les ARS et les conférences de santé, permet d'assurer une dynamique territoriale forte. Pour l'édition 2018, 13 régions sur 17 ont participé et, sur les 180 projets examinés par les commissions spécialisées « droits des usagers », 75 ont été labellisés et 5 projets ont été primés dont un concernant la cancérologie sur la reconnaissance du concept de « patient-expert » (Provence-Alpes-Côte d'Azur). La nouvelle édition de ce concours a été lancée.

Bien que n'étant pas spécifiques à la cancérologie, ces dispositifs participent tous à une démarche de démocratie sanitaire en cancérologie de qualité, du fait de la montée en compétences des représentants des usagers et des patients. C'est dans cet esprit que des projets d'amélioration de la qualité des soins par le recours à des patients de référence, ont vu le jour. En Occitanie, la Communauté professionnelle territoriale de santé Nord Aveyron, en collaboration avec l'ARS, a mené une démarche pour améliorer le parcours de soins entre le premiers recours et l'établissement de santé en s'appuyant sur le « patient-traceur » atteint de cancer. Les Pays de la Loire ont expérimenté avec la Ligue contre le cancer la mise en place de patients ressources facilitant le soutien aux patients et les formations des professionnels dans trois établissements ligériens.

Cette mobilisation se traduit aussi par une mobilisation forte des partenaires médicaux et des représentants les patients pour favoriser la prise en compte des attentes et besoins des patients. En Océan Indien, le réseau régional cancer ONCORUN est très impliqué et organise régulièrement des rencontres publiques à l'intention des acteurs de ville, des patients et du public en général et des groupes de parole réunissant médecins, paramédicaux et patients ont été initiés par des établissements privés.

Objectif 15 Appuyer les politiques publiques sur des données robustes et partagées

L'activité de production et analyse de données de l'Institut national du cancer se renforce

Dans le cadre des missions qui lui sont confiées par la loi, en particulier celle de coordonner la lutte contre le cancer, l'Institut national du cancer a publié cette année son dixième rapport « Les cancers en France » qui, sous une forme entièrement numérique et interactive, propose pour l'ensemble des thématiques du cancer et de la cancérologie un panorama des connaissances et des données actualisées sur la situation des cancers en France, concernant l'épidémiologie, la prévention, le dépistage, les soins, la vie avec le cancer, les inégalités face au cancer et la recherche. Ce rapport a pour objectifs d'informer les lecteurs, d'éclairer les décideurs et de faciliter le suivi de la politique française de lutte contre les cancers.

Une étude sur le « Stade au diagnostic des cancers du sein, du côlon et du rectum » a également été réalisée en partenariat avec Santé publique France, le réseau Francim des registres des cancers et le service de Biostatistique-Bioinformatique des Hospices civils de Lyon (HCL) montrant, notamment, une proportion plus élevée de cancers du sein à un stade précoce parmi les femmes cibles du programme de dépistage organisé.

Un rapport technique présentant des « Projections de l'incidence et de la mortalité par cancer en France métropolitaine pour l'année 2017 » a également été publié dans le cadre de ce partenariat Francim/Hospices civils de Lyon/Santé publique France/Institut national du cancer, estimant pour l'année en cours, les nombres attendus de nouveaux cas et de décès par cancer. En 2017, le nombre de nouveaux cas de cancer en France métropolitaine est estimé à 214 000 chez l'homme et 185 500 chez la femme, soit des taux standardisés (population mondiale) respectifs de 353,2 et 284,5 pour 100 000 personnes-années. Le nombre de décès est estimé à 84 000 chez l'homme et 66 000 chez la femme, soit respectivement 119,2 et 71,7 décès pour 100 000 personnes-années. Chez l'homme, les cancers de la prostate (quel que soit le scénario envisagé pour ce cancer), du poumon et du côlon-rectum sont les plus fréquents. Le cancer du poumon reste la première cause de décès par cancer chez l'homme devant les cancers du côlon et du rectum ainsi que de la prostate. Les décès par cancer du foie occupent le 4^{ème} rang. Chez la femme, les cancers du sein, du côlon et du rectum ainsi que du poumon restent les plus fréquents. Le cancer du sein demeure la première cause de décès par cancer chez la femme, suivi de près par le cancer du poumon, devant les cancers du côlon et du rectum.

Les premiers résultats du Baromètre cancer 2015 ont été publiés concernant les thématiques alcool, UV et tabac. Cette 3^{ème} édition de l'enquête, financée par l'Institut national du cancer et réalisée en collaboration avec Santé publique France, a été marquée par l'introduction de nouveaux thèmes, notamment la perception par la population des expositions environnementales et professionnelles dont les risques émergents, les cancers les plus fréquents et/ou graves, les signes d'alerte évocateurs de la maladie, le dépistage du cancer du poumon chez les fumeurs, l'usage de la cigarette électronique et le recours au sevrage tabagique.

Enfin, une fiche d'analyse sur l'évolution de la chirurgie ambulatoire en cancérologie a été élaborée. Le développement de l'ambulatoire figure parmi les axes prioritaires en santé afin d'optimiser l'utilisation des moyens techniques et humains et de renforcer la qualité de l'offre de soins sur le territoire. En 2010, la chirurgie ambulatoire était encore peu développée, avec par exemple, seulement 30 % de la chirurgie de la cataracte réalisée en ambulatoire, contre 60 % en moyenne pour les pays de l'OCDE. La chirurgie ambulatoire carcinologique concerne environ 40 000 séjours en 2015 (hors cancers cutanés). L'enjeu pour cette étude est de décrire la place croissante de l'ambulatoire dans la chirurgie du cancer et d'identifier les cancers concernés.

LES ACTIONS EN RÉGION

DES DONNÉES D'ACTIVITÉ ET DES INDICATEURS MIS À DISPOSITION DES RÉGIONS POUR LEUR PERMETTRE D'APPRÉHENDER AU MIEUX L'ÉTAT DE SANTÉ DES POPULATIONS, L'ÉVOLUTION DU BESOIN ET L'ÉVOLUTION DE L'OFFRE

L'Institut national du cancer a développé à l'attention de chaque Agence régionale de santé un set d'indicateurs variés, allant de données épidémiologiques sur les territoires à la démographie médicale des professionnels de santé, en passant par les caractéristiques des structures de soins.

Ces éléments, très attendus par les régions, devraient leur permettre d'apprécier plus finement l'état du besoin de santé de la population et l'état de l'offre disponible en regard. Il s'agit d'un outil de pilotage précieux, donnant la possibilité de faire des projections afin d'anticiper au mieux les évolutions à venir.

Objectif 16 Optimiser les organisations pour une plus grande efficience

Les structures de coordination voient leurs missions et leur positionnement évoluer vers des organisations régionales visant à mieux prendre en compte les exigences de fluidité des parcours et de qualité des soins

La généralisation des deux premiers programmes de dépistage organisé de cancers (du sein et colorectal) a été mise en œuvre de façon satisfaisante, avec une mobilisation des professionnels de santé et une sensibilisation des populations concernées à la démarche de dépistage. Toutefois, l'évaluation du dispositif fait ressortir une forte hétérogénéité des organisations, des moyens déployés et des résultats obtenus. Ce constat a amené à considérer une évolution, tant des missions que de l'organisation en place.

Désormais, il y a un seul centre de coordination des dépistages de cancers par région, éventuellement relayé localement par des antennes pour les actions de proximité auprès des professionnels de santé et au plus près de la population concernée. L'enjeu est d'améliorer l'accès au dépistage et d'encourager les interfaces avec les autres acteurs, en prenant en compte les spécificités territoriales. Cela passe par une harmonisation des missions confiées aux centres, s'appuyant sur une communication, une politique d'assurance qualité, un système d'information et un cadre juridique homogènes.

L'ensemble des missions assurées par les centres régionaux de coordination des dépistages des cancers est désormais défini par l'arrêté du 23 mars 2018 qui prévoit une assurance qualité du dispositif avec une procédure de type labellisation, sur la base d'un référentiel national élaboré par l'Institut national du cancer, et l'inscription obligatoire de ces centres dans cette démarche continue d'amélioration de la qualité.

Concernant les réseaux régionaux de cancérologie, ceux-ci ont joué un rôle majeur pour accompagner les professionnels, les établissements de santé autorisés au traitement du cancer et les Agences régionales de santé, dans une démarche de coordination des acteurs visant à l'amélioration de la qualité des parcours et des soins.

L'évolution des pratiques professionnelles, des techniques et technologies, des modes de prises en charge et des organisations, conduit irrémédiablement à l'évolution des missions des réseaux en regard. L'Institut national du cancer a ainsi proposé en fin d'année au ministère des Solidarités et de la Santé une rénovation du pilotage et des missions des réseaux.

Entre autres objectifs est soulignée la nécessité de rendre plus lisible l'offre de soins en cancérologie afin de faciliter l'orientation des patients et leur accès aux traitements adaptés. Les réseaux doivent œuvrer à améliorer la continuité des parcours pendant et après le cancer et la fluidité des interfaces avec les acteurs de la prévention, du dépistage et de la recherche.

L'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé et l'Institut national du cancer se mobilisent pour prévenir les difficultés d'approvisionnement en médicaments anticancéreux

Dans le champ de la cancérologie, l'augmentation des situations de tensions d'approvisionnement ou de ruptures de stock en médicaments anticancéreux pourrait, si elle se poursuit, avoir des conséquences pouvant être dramatiques. Les professionnels alertent de plus en plus fréquemment sur les difficultés à assurer la mise en œuvre de traitements de chimiothérapie indispensables aux patients. L'organisation des soins est régulièrement perturbée par les contraintes liées aux contingentements successifs et à la substitution par des alternatives plus ou moins adaptées. Les situations de pénurie en médicaments anticancéreux indispensables sont anciennes, mais elles prennent de plus en plus d'importance ces dernières années et sont susceptibles de générer des pertes de chance pour les patients.

Il est indispensable de mobiliser l'ensemble des partenaires, notamment l'État et les industries de santé, dans le cadre d'une stratégie nationale, et éventuellement européenne, susceptible de remédier à une situation porteuse de risques, qui devient un enjeu de santé publique majeur.

À ce titre, l'Institut national du cancer a été désigné pilote de la mesure adoptée lors du dernier Conseil stratégique des industries de santé (CSIS) pour conduire avec les institutions concernées et les industriels des travaux d'identification des médicaments anticancéreux d'intérêt thérapeutique majeur, d'analyse de criticité, de construction de base de données et de proposition de mesures de sécurisation de l'approvisionnement des anticancéreux indispensables à risque de pénurie.

De nombreux partenariats sont développés à l'international

La lutte contre le cancer nécessite une mobilisation mondiale. Il entre dans les attributions de l'Institut national du cancer de promouvoir des collaborations avec les institutions et agences du monde entier, afin de soutenir des initiatives de qualité en recherche et en santé publique.

En 2018, sur le plan de la recherche en cancérologie, de nombreuses initiatives sont soutenues et notamment le réseau ERA-NET TRANSCAN sur la recherche translationnelle, en lien avec la Fondation ARC pour la recherche sur le cancer. Depuis son lancement, TRANSCAN a contribué au rapprochement de ses 25 partenaires européens, accueillant même de nouveaux membres, et à la coordination de financements nationaux dédiés à la recherche translationnelle en cancérologie. Chaque année, des appels à projets sont lancés dans le cadre de programmes ambitieux. L'année 2018 a ainsi été marquée par le démarrage effectif des projets TRANSCAN-2 (JTC-2016) sur les « méthodes non ou peu invasives pour la détection précoce des cancers et/ou de leur progression » et par la sélection des projets TRANSCAN-2 (JTC-2017) portant sur les cancers rares.

Par ailleurs, dans le cadre de la Stratégie mondiale pour l'élimination du cancer du col de l'utérus, l'Institut national du cancer apporte son expertise au sein d'un consortium international regroupant notamment nos homologues américains, brésiliens, japonais, pour répondre à un appel à projets d'Unitaid. L'objectif est d'accélérer l'accès aux outils optimaux pour la prévention secondaire du cancer du col de l'utérus et leur déploiement.

Objectif 17 Adapter les modes de financement aux défis de la cancérologie

L'expérimentation nationale d'un paiement à l'épisode de soins chirurgical est lancée, consacrant une place importante au cancer dans une volonté de proposition de tarification au parcours

Actuellement, plusieurs modalités de financement coexistent (soins de ville, secteur hospitalier, secteur médico-social). À l'heure où les parcours de santé se mettent progressivement en place pour assurer une prise en charge globale des patients quel que soit le professionnel concerné, cette approche segmentée des financements atteint ses limites. Ce faisant, l'article 51 de la loi de financement de la Sécurité sociale pour 2018 a mis en place un cadre générique d'expérimentation d'organisations innovantes faisant appel à des modes de financement inédits permettant de décloisonner le système de santé français et d'inciter à la coopération entre les acteurs.

Il s'agit de tester de nouvelles approches puisque ce dispositif permet de déroger à de nombreuses règles de financement de droit commun, applicables en ville comme en établissement hospitalier ou médico-social. Il permet notamment le paiement à l'épisode de soins (comprenant l'amont, le séjour hospitalier et l'aval), en établissant un forfait globalisé de l'ensemble des prestations réalisées par les acteurs impliqués.

Ces expérimentations poursuivent un objectif d'efficience et de meilleure prise en compte de la prévention et de la pertinence. Elles doivent concourir à améliorer la qualité des prises en charge sanitaire, sociale ou médico-sociale et les parcours des usagers.

C'est dans ce cadre que le ministère des Solidarités et de la Santé (DGOS) et l'Assurance maladie ont lancé en mai 2018 un appel à manifestation d'intérêt afin de sélectionner des acteurs de terrain pour co-construire le cahier des charges d'une expérimentation de financement à l'épisode de soins chirurgical, notamment celui de la colectomie pour cancer. Cette occurrence a été choisie, car elle porte sur des volumes importants, concerne l'ensemble des établissements (publics et privés) et intègre de forts enjeux en termes de coordination des acteurs et d'amélioration des soins.

Les travaux de co-construction du cahier des charges ont été lancés le 25 septembre dernier avec les onze structures sélectionnées pour la colectomie pour cancer dans le cadre de l'appel à manifestation d'intérêt, issus de sept régions (Auvergne Rhône Alpes, Normandie, Hauts-de-France, Île-de-France, Nouvelle-Aquitaine, Occitanie, Provence Alpes Côte d'Azur) et représentant l'ensemble des secteurs (publics et privés). Ils devront aboutir à la publication du cahier des charges et d'un appel à projets.

Dès lors, les onze participants aux travaux d'élaboration du cahier des charges pourront mener l'expérimentation ainsi que d'autres acteurs qui seront sélectionnés dans le cadre de l'appel à projets. La mise en œuvre de l'expérimentation est prévue au premier trimestre 2019.

465 643 hospitalisations pour chirurgie de cancer ont été réalisées en 2017 dans les établissements MCO

28,5 % de cette activité est réalisée en ambulatoire

L'expérimentation de nouveaux forfaits en radiothérapie est également lancée et l'analyse des résultats est en cours avant un déploiement effectif au sein des structures

Le projet d'expérimentation d'un nouveau modèle de financement de la radiothérapie oncologique externe, prévu par l'article 43 de la loi de financement de la Sécurité sociale pour 2014, et par l'article 51 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2018, est conduit par le ministère des Solidarités et de la Santé en lien avec la CNAM. Il ambitionne de moderniser en profondeur le modèle de financement de la radiothérapie, en instituant un financement qui englobe tout l'épisode de soins, de la préparation à l'irradiation (dont les consultations de suivi et de fin de traitement), dans une logique adaptative qui permet de suivre, au fil de l'eau, l'évolution des techniques et des parcours ainsi que les impératifs renforcés de qualité et de sécurité des soins. Ceci s'inscrit également dans un contexte de maîtrise des dépenses de santé.

Environ 216 400 personnes atteintes de cancers ont été traitées par radiothérapie en 2017

Ce projet est arrivé à une nouvelle étape de son développement, avec le lancement au printemps 2018, par la Direction générale de l'offre de soins en lien avec l'ATIH et après un avis favorable de la CNIL, d'un recueil d'informations médicalisées de la radiothérapie oncologique « à blanc » sur la période du mois de juin 2018 ; recueil élaboré en concertation avec l'ensemble des acteurs et usagers impliqués dans le traitement du cancer par radiothérapie. 65 structures de radiothérapie ont participé à l'expérimentation « à blanc » (soit un tiers de l'offre en radiothérapie dont plusieurs cabinets libéraux).

Découplée dans cette phase transitoire de ses effets financiers, cette période permettra de mesurer tous les impacts (en termes de volumes d'activité, financiers...) avant la mise en œuvre effective du nouveau modèle de financement.

Le chantier d'évolution du nouveau modèle de financement de la radiothérapie oncologique a été présenté en juillet 2018, au Comité technique d'innovation en santé (CTIS), qui a rendu un avis favorable pour la poursuite du projet dans le cadre de l'article 51 de la loi de financement de la Sécurité sociale pour 2018.

Et également en 2018... (Objectifs 14 à 17)

Les membres du Comité de démocratie sanitaire sont fortement impliqués dans les travaux et réflexions de l'Institut national du cancer

Depuis novembre 2017, date de la première réunion plénière, les 28 membres du Comité de démocratie sanitaire ont été sollicités à de nombreuses reprises pour porter la parole des usagers et/ou des professionnels dans des groupes de travail ou ateliers de l'Institut. Ainsi, deux ateliers ont été organisés avec les membres volontaires du comité pour participer aux réflexions autour de la révision du dispositif d'annonce et plus récemment aux modalités de mise en place de la consultation de prévention à 25 ans. Le Comité de démocratie sanitaire a également été partie prenante de l'organisation de la consultation citoyenne sur les priorités en matière de lutte contre le cancer.

Les SIRIC, nouvellement labellisés, s'engagent dans le déploiement de la démocratie sanitaire

Une réunion avec les Sites de recherche intégrés sur le cancer (SIRIC) a été organisée sur la thématique de la démocratie sanitaire. Les huit SIRIC sont ainsi venus présenter les différentes initiatives et réalisations menées : participation des représentants des usagers dans la gouvernance, implication des représentants d'usagers dans l'élaboration des programmes de recherche, stratégies de diffusion des nouvelles connaissances et nouvelles pratiques auprès du grand public.

Enfin, une réflexion est actuellement engagée par les différents sites sur la mise en place d'un groupe inter-SIRIC « démocratie sanitaire ».

AVANCEMENT DU PLAN CANCER : SYNTHÈSE ET TABLEAUX DE SUIVI

Le Plan cancer avance globalement selon le planning prévu : à un an de son échéance, **1 009** des **1 381** jalons prévus d'ici la fin du Plan sont définitivement acquis, soit **73 %** des jalons.

1009	95	76	43	158
73%	7%	6%	3%	11%

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^{er} février 2019, 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.

À 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 2019

64 actions achevées

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	8	100%
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	4	100%
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%
2.21	Développer la télémedecine notamment pour les départements d'outre-mer dans le cadre de la Stratégie nationale de santé.	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%
4.1	Créer le métier d'infirmier en pratique avancée et le déployer prioritairement dans le champ de la cancérologie.	5	5	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.	5	5	100%
5.5	Définir des priorités en matière de développement des médicaments anticancéreux.	3	3	100%
5.7	Faire évoluer les dispositifs d'évaluation des médicaments anticancéreux.	8	8	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%
7.12	Ouvrir aux personnes atteintes de cancer les plus démunies l'accès à une offre élargie d'alternatives au domicile.	6	6	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%
9.9	Atténuer les surcoûts pour la famille liés à l'accompagnement d'un enfant malade.	4	4	100%
9.13	Instaurer un « droit à l'oubli ».	5	5	100%

N°	Nom de l'action	Nombre de jalons		
		Total	Terminés	
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%
10.1	Mettre en place le paquet neutre standardisé pour les cigarettes et le tabac à rouler.	8	8	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%
10.7	Habiller les polices municipales à contrôler l'interdiction de fumer dans les lieux publics.	3	3	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%
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 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.	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%
10.21	Élaborer un plan interministériel de lutte contre le commerce illicite de tabac.	8	8	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%
11.2	Aider les personnes à l'arrêt de la consommation excessive d'alcool.	4	4	100%
11.3	Améliorer les connaissances sur les liens entre alcool et cancer.	5	5	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%
11.11	Développer l'éducation à la santé en milieu scolaire.	4	4	100%
11.12	Éclairer les choix individuels en clarifiant la hiérarchie des facteurs de risque de cancers.	10	10	100%
12.2	Renforcer le suivi médical des personnes exposées à des risques de cancers professionnels.	4	4	100%
13.3	Faire évoluer les formations initiales pour répondre aux besoins de la recherche en cancérologie.	1	1	100%
15.1	Mieux comprendre les inégalités sociales et géographiques face aux cancers.	7	7	100%
15.3	Faire du dossier communicant de cancérologie un outil d'observation et d'évaluation des soins au niveau local, régional et national.	3	3	100%
15.4	Appréhender les parcours de soins grâce à la « cohorte cancer ».	10	10	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%
16.2	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	13	100%

N°	Nom de l'action	Nombre de jalons		
		Total	Terminés	
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.	5	5	100%
17.6	Mettre en œuvre dans le domaine du cancer une des expérimentations de « tarification au parcours ».	9	9	100%

16 actions en planning respecté avec 83% de jalons réalisés

N°	Nom de l'action	Nombre de jalons		
		Total	Terminés	
1.9	Améliorer l'information des populations concernées par les dépistages pour leur permettre de faire des choix éclairés.	12	10	83%
3.4	Définir les conditions de sécurité et de qualité de délivrance et d'administration des anticancéreux à domicile.	8	7	88%
5.2	Inclure 50 000 patients par an dans des essais thérapeutiques en 2019.	6	3	50%
5.4	Associer les patients et leurs représentants aux essais cliniques et dans le parcours permettant l'accès à ces recherches.	6	5	83%
6.5	Générer et comprendre les grandes données.	5	3	60%
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		
7.13	Rendre accessible aux malades et aux proches une information adaptée.	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	12	86%
9.17	Conforter et coordonner les dispositifs d'observation et de recherche sur la vie pendant et après le cancer.	20	19	95%
10.4	Interdire les arômes perceptibles dans les produits du tabac, conformément à la directive 2014/40/UE.	5	4	80%
12.1	Renforcer la prévention primaire en milieu de travail pour réduire l'exposition aux agents cancérigènes (biologiques, physiques, chimiques).	12	11	92%
12.6	Réduire l'exposition de la population aux polluants atmosphériques aux valeurs limites européennes définies en 2010.	2	1	50%
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	5	83%
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	9	90%
14.4	Évaluer de façon qualitative, au terme du Plan cancer, les dispositifs de démocratie sanitaire déployés.	1	0	0%
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	4	80%

20 actions en retard de moins de 3 mois avec 73% 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	10	83%

N°	Nom de l'action	Nombre de jalons		
		Total	Terminés	
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	4	80%
3.3	Impliquer le patient en développant l'éducation thérapeutique en oncologie.	4	1	25%
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	12	92%
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%
5.3	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	13	81%
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	11	73%
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%
7.8	Apporter des solutions de garde d'enfants pendant les rendez-vous médicaux et les traitements des parents.	4	3	75%
8.1	Assurer l'accès à la préservation de la fertilité.	8	6	75%
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%
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	9	75%
13.4	Renforcer l'attractivité des métiers de la recherche en oncologie.	7	5	71%
14.2	Identifier les expériences et les pratiques innovantes en termes de participation des usagers et des personnes malades.	5	4	80%
15.5	Développer l'évaluation en économie de la santé.	8	7	88%
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).	10	9	90%
17.13	Développer des outils partagés d'évaluation des projets de la recherche en oncologie.	6	0	0%

14 actions en retard entre 3 et 9 mois avec 67% 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	7	88%
1.6	Accroître l'efficacité des programmes de dépistage organisé du cancer du sein et du cancer colorectal.	9	7	78%
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%
7.1	Garantir aux malades une orientation adéquate dès le diagnostic de cancer.	5	3	60%
7.11	Promouvoir l'accès à des solutions d'hébergement adaptées à l'évolution des prises en charge.	4	3	75%
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%

N°	Nom de l'action	Nombre de jalons		
		Total	Terminés	
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%
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%
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%
15.9	Valoriser l'observation et les données en permettant leur appropriation et exploitation par le plus grand nombre.	9	8	89%
16.8	Articuler les actions des SIRIC et des cancéropôles pour renforcer les forces de recherche sur un territoire donné.	8	5	63%
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%

81 actions en retard de plus de 9 mois avec 62% de jalons réalisés

N°	Nom de l'action	Nombre de jalons		
		Total	Terminés	
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%
1.4	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%
1.7	Lutter contre les inégalités d'accès et de recours aux programmes de dépistage.	18	12	67%
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.	10	6	60%
2.2	Développer une politique active de maîtrise des délais de prise en charge.	13	11	85%
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%
2.5	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%
2.6	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	11	69%
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	14	61%
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%
2.14	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	5	83%

N°	Nom de l'action	Nombre de jalons		
		Total	Terminés	
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	4	67%
2.19	Généraliser le dossier communicant de cancérologie (DCC) et mobiliser les outils de communication numérique au service de la coordination ville-hôpital.	17	11	65%
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%
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	4	57%
3.2	Adapter les organisations à l'essor des chimiothérapies orales.	14	13	93%
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	4	57%
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	7	70%
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	10	83%
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.	13	11	85%
3.15	Organiser un maillage territorial adapté pour les équipements de haute technicité en s'appuyant sur des recommandations sur leurs indications.	12	9	75%
3.16	Réguler au niveau national l'offre en équipement lourd, particulièrement coûteux (exemple : protonthérapie).	7	4	57%
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%
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	5	83%
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%
7.2	Adapter et renforcer le dispositif d'annonce.	3	1	33%
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%
7.6	Assurer une orientation adéquate vers les soins de support pour tous les malades.	6	5	83%
7.7	Améliorer l'accès à des soins de support de qualité.	11	7	64%

N°	Nom de l'action	Nombre de jalons		
		Total	Terminés	
7.14	Promouvoir le développement de programmes d'éducation thérapeutique des patients.	10	5	50%
7.16	Améliorer l'information sur les essais cliniques en cancérologie.	5	2	40%
8.2	Structurer le suivi de long terme des enfants et adolescents.	2	1	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%
8.5	Mieux prendre en considération la consommation d'alcool des patients atteints de cancer et informer sur ses dangers.	4	1	25%
8.6	Promouvoir chez les patients atteints de cancer l'activité physique et les comportements nutritionnels adaptés.	6	4	67%
9.1	Améliorer l'accès aux aménagements pour le maintien de la scolarisation.	7	4	57%
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%
9.10	Permettre un égal accès aux actes et dispositifs de reconstruction après un cancer.	6	4	67%
9.11	Accroître la prise en charge des prothèses externes (capillaires et mammaires).	6	5	83%
9.14	Harmoniser les questionnaires de santé et veiller à leur articulation avec les évolutions du droit à l'oubli.	2	0	0%
9.16	Suivre l'évolution de l'impact de la convention AERAS sur la durée du Plan.	7	3	43%
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%
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%
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	10	67%
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%
11.14	Faire de la recherche interventionnelle un véritable outil de prévention et de changement de comportements.	19	14	74%
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	5	50%
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	5	45%
12.8	Diminuer l'exposition aux rayonnements ultraviolets artificiels et naturels.	10	8	80%
13.5	Partager les informations et les données aux niveaux national et international entre professionnels et avec le grand public.	5	4	80%
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	
15.7	Conforter la surveillance et l'observation épidémiologiques des cancers à partir des registres.	11	7	64%
15.10	Assurer la synergie des acteurs dans le domaine de l'observation et de l'évaluation.	7	5	71%
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%
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%
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%
17.12	Conforter le suivi scientifique des projets financés.	6	2	33%

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	10 sur 12 (83%)	Retard (moins de 3 mois)
	Responsables associés : INCa; UNCAM	Partenaires : ARS		
	Jalon	Fin prévue le	État du Jalon	
	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	Terminé	
	Publication de l'arrêté portant généralisation du dépistage du cancer du col de l'utérus au Journal officiel	31/10/17	Terminé	
	Campagne de communication accompagnant la mise en place du dépistage organisé du cancer du col de l'utérus (INCa)	01/02/18	Terminé	
	Inscription dans les contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens des ARS (CPOM) d'un indicateur sur la participation au dépistage du cancer du col de l'utérus dans les zones défavorisées	31/12/18	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 intervient dans un second temps dans le cadre de la phase de généralisation nationale amorcée en 2018. 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. L'arrêté relatif au programme de dépistage du cancer du col de l'utérus est daté du 4 mai 2018. (JO du 6 mai 2018). Les invitations seront lancées, selon les régions, fin 2018 et en 2019, après signature des conventions avec les régimes d'Assurance maladie (pour transmission des bases de données).			

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	8 sur 8 (100%)	Achevée
	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 emailing 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 sciences humaines et sociales (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'IRES, 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 a été réalisé.</p> <p>Suite à cet état des lieux pointant l'absence de recherche interventionnelle en France, un projet de recherche interventionnelle décliné en différents lots visant à améliorer la couverture vaccinale du vaccin contre les HPV chez les jeunes filles d'âge scolaire, a été initié. Le séminaire pluridisciplinaire de préparation en vue du lancement de ce projet s'est tenu le 15 juin 2018. Les conclusions de ce séminaire ont abouti à un appel à manifestation d'intérêt en juillet 2018. Un comité scientifique a retenu 8 équipes de recherche qui vont travailler ensemble et co-construire les différents lots de ce projet de recherche qui devrait être déposé en janvier 2019. Les résultats seront publiés en mars 2019. Le lancement des travaux de recherche est prévu en juillet 2019.</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 (plus de 9 mois)
	Responsables associés : UNCAM	Partenaires : ARS		
	Jalon	Fin prévue le	État du Jalon	
	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	En cours - Retard (plus de 9 mois)	
	Veille bibliographique pour mise à jour des recommandations	31/12/18	En cours - 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 (plus de 9 mois)
	Responsables associés : DGOM; Santé publique France	Partenaires : ARS		
	Jalon	Fin prévue le	État du Jalon	
	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	

Jalon	Fin prévue le	État du Jalon
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 (plus de 9 mois)
Analyse de la pratique en matière de dépistage par frottis (T1) (enquête et SNIIRAM)	31/12/17	Non débuté - Retard (plus de 9 mois)
Mise en œuvre du nouveau système d'information	30/06/18	En cours - Retard (de 3 à 9 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	7 sur 8 (88%)	Retard (de 3 à 9 mois)
	Responsables associés : DGS; HAS; UNCAM	Partenaires : ARS		
	Jalon	Fin prévue le	État du Jalon	
	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	Terminé	
	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	Terminé	
	Mise en œuvre du nouveau SI (volet risque élevé/très élevé)	30/06/18	En cours - Retard (de 3 à 9 mois)	
	Analyse des pratiques, de l'accès et de la participation à un suivi des personnes à risque élevé/très élevé de cancer colorectal (Enquête adhoc-Résu)	31/12/18	Terminé	

Les recommandations sur le dépistage des femmes à risque très élevé (BRCA1-BRCA2) ont été mises à jour par l'INCa. La HAS a publié des recommandations sur la conduite à tenir en fonction du niveau de risque de cancer colorectal en mai 2017.

En 2016, de premiers travaux sur les systèmes d'information des dépistages 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 a été engagée au dernier trimestre 2016. Début 2017, l'évolution du contexte réglementaire (SNDS, décret NIR) et la construction du composant national du DCC ont dû être prises en compte dans le projet.

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-analysateur, source d'économie d'échelle), seuls les attendus des systèmes d'information régionaux (logiciels métiers des structures de gestion), l'architecture globale et le pilotage du système d'information ont été décrits dans le cahier des charges publié par la DGS en mars 2018.

Après un état des lieux des solutions régionales mises en place par les centres régionaux de coordination des dépistages en 2018 et début 2019 (lors de leur régionalisation), 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 d'une concertation et de spécifications en 2019 pour un développement subséquent.

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 patients (et sur leur niveau de risque). Une valorisation des premiers résultats a été réalisée lors du séminaire des dépistages de juin 2018.

À la suite d'un premier appel d'offres classé infructueux, la modélisation de l'impact du dépistage du cancer colorectal et l'analyse des modalités de dépistage en fonction du niveau de risque sont en cours de réalisation dans le cadre d'une étude médico-économique lancée fin 2017. L'étude médico-économique a été finalisée au dernier trimestre 2018 et a permis d'explorer les stratégies possibles de dépistage (uni ou multimodal) en fonction du risque relatif de cancer colorectal. Rapports et articles sont en cours de validation.

L'INCa et la HAS ont été co-saisis par le ministère de la Santé pour la fin 2018 au sujet de recommandations de cadrage d'une consultation de prévention et de dépistage à 25 ans qui inclura un repérage des antécédents familiaux et des principaux facteurs de risque.

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.

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	7 sur 9 (78%)	Retard (de 3 à 9 mois)
	Responsables associés : HAS; UNCAM	Partenaires : Santé publique France; ARS		
	Jalon	Fin prévue le	État du Jalon	
	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	
	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	Terminé	
	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	
	Évaluation des sites pilotes de dématérialisation pour les mammographies (INCa)	30/06/18	En cours - Retard (de 3 à 9 mois)	
	Rédaction du cadre de référence (cahier des charges à de dématérialisation de la mammographie (DGS)	31/12/18	Non débuté - Retard (moins de 3 mois)	

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, sont lancés et font désormais l'objet d'un suivi. Une réunion de convergence réunissant l'ensemble des sites expérimentateurs a été programmée le 7 décembre 2018 en vue d'affiner le suivi et le protocole d'évaluation commun. L'évaluation finale sera conduite fin 2019.

À la suite d'un premier appel d'offres classé infructueux, la modélisation de l'impact du dépistage du cancer colorectal et l'analyse des modalités de dépistage en fonction du niveau de risque sont en cours de réalisation dans le cadre d'une étude médico-économique lancée fin 2017. L'étude médico-économique a été finalisée au dernier trimestre 2018 et a permis d'explorer les stratégies possibles de dépistage (uni ou multimodal) en fonction du risque relatif de cancer colorectal. Rapports et articles en cours de validation.

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. À la demande de la ministre, ce rapport a été suivi de l'établissement d'un plan d'actions permettant le 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 des travaux sur l'évolution des structures de gestion du dépistage.

Le dernier volet de l'enquête sur la performance des installations de mammographie (2017) a été mené. Les résultats sont en cours de validation et seront publiés prochainement.

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	12 sur 18 (67%)	Retard (plus de 9 mois)
	Responsables associés : DGS; DSS; UNCAM	Partenaires : ARS; DGOM		
	Jalon		Fin prévue le	État du Jalon
	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 œuvre du contrat responsable par les assurances complémentaires en application de la stratégie nationale de santé (UNOCAM)		31/12/15	Terminé
	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 luttés 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	Terminé
	Intégration des missions de lutte contre les inégalités dans 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	En cours - Retard (plus de 9 mois)
	Déploiement du géocodage dans le cadre du système d'information		31/12/17	Non débuté - Retard (plus de 9 mois)
	Enquête sur l'accès au dépistage des cancers des populations vulnérables (barrières linguistiques et culturelles)		30/06/18	Non débuté - Retard (de 3 à 9 mois)

Jalon	Fin prévue le	État du Jalon
Évaluation des expérimentations relatives aux équipes mobiles	30/06/18	Non débuté - Retard (de 3 à 9 mois)
Définition du cadre et des critères de mise en œuvre des équipes mobiles	31/12/18	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, le ministère de la Santé avait 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>Le déploiement du dépistage organisé du cancer du col de l'utérus a débuté en 2018 et repose sur une prise en charge intégrale par l'Assurance maladie, sans avance de frais, du test de dépistage et de son analyse.</p> <p>Un appel à projet Cancer et personnes vulnérables, notamment les personnes en situation de handicap, est en cours de construction pour un déploiement en 2019-2020.</p> <p>Un colloque sur la recherche interventionnelle pour lutter contre les inégalités sociales et territoriales de santé est organisé par l'Institut national du cancer en janvier 2019. Le sujet du dépistage est inscrit à l'ordre du jour et les expérimentations d'équipes mobiles font l'objet d'une intervention.</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 12 (83%)	Planning respecté
	Responsables associés : DGS; UNCAM	Partenaires : ARS; DGOM		

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

Sur le dépistage du cancer du col de l'utérus, il a été choisi de concentrer et cibler les messages et leur diffusion vers les populations y recourant le moins, 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 quelques mois plus tard.

Ont également été mis à disposition des 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 Collège de la médecine générale (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 notamment avec une large campagne TV, presse, web à l'automne 2018.

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 recourant peu : campagnes d'emailing, 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 une plus large population.

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 :		
	Jalon		Fin prévue le	État du Jalon
	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
	Évaluation et analyse des pratiques en matière de dépistage (frottis/mammographie/PSA) (enquêtes/SNIIRAM) T0		31/12/15	Terminé
	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)
	Étudier 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
	Évaluation et analyse des pratiques en matière de dépistage (frottis/mammographie/PSA) (enquêtes/SNIIRAM) T1 (INCa)		31/12/17	En cours - Retard (plus de 9 mois)

Plutôt que de s'engager dans une démarche de remboursement différencié 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.

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 a été reconduite de sorte à évaluer l'impact du déploiement des outils et des visites confraternelles.

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.

Les sujets évaluation et recommandations sont essentiels, qu'il s'agisse de recommandations sur l'extension du dépistage organisé du cancer du sein à d'autres tranches d'âge (HAS) ou de l'évaluation d'innovations (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).

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	6 sur 10 (60%)	Retard (plus de 9 mois)
	Responsables associés : HAS	Partenaires : ARS		
	Jalon		Fin prévue le	État du Jalon
	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
	Évaluation de l'expérimentation élargie sur la télédermatologie en vue de l'intégration des équipes de premiers recours (INCa)		31/12/16	Terminé
	Saisine de la HAS et de l'ANSM sur la tomosynthèse		31/03/17	Terminé
	Évaluation de l'acte de tomosynthèse (HAS)		30/06/17	En cours - Retard (plus de 9 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 (plus de 9 mois)
	S'agissant du dépistage du cancer du poumon, la HAS a conclu négativement en mai 2016 quant à 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 PNLT.			
	Sur le dépistage des cancers cutanés, il convient de souligner qu'un axe télédermatologie a été intégré dans l'appel à projets « dépistage » 2019.			
	Sur le dépistage du cancer du sein, le sujet tomosynthèse fait l'objet d'une veille par l'INCa. L'ANSM a été saisie en 2016 sur le contrôle qualité des appareils de tomosynthèse. Suite à la finalisation de ces travaux fin 2018, le contrôle qualité devra être déployé par l'ANSM courant 2019.			
	La HAS a été saisie par l'INCa sur ce sujet en mars 2017. Le cadrage des travaux a débuté à l'automne 2017. La première phase de l'évaluation a été finalisée au T4 2018, la seconde phase devant être finalisée au premier semestre 2019.			
	Les données disponibles jusqu'à présent ne permettaient pas de finaliser un cahier des charges pour des expérimentations : un axe tomosynthèse a de fait été retenu dans les appels à projets 2018 et 2019 et une modélisation de l'impact de l'intégration de la tomosynthèse dans le programme de dépistage sera réalisée en 2019.			
	Sur le dépistage du cancer colorectal, les données publiées sont insuffisantes pour lancer des expérimentations sur l'utilisation des tests sanguins.			

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 communicant 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%)	Retard (de 3 à 9 mois)
	Responsables associés : DGOS	Partenaires : ARS; DGOM		
	Jalon		Fin prévue le	État du Jalon
	Publication du cadre national pour la prise en charge des AJA		31/12/17	Terminé
	Déploiement des préconisations délais d'adressage avec l'appui des ARS dans le cadre de leurs nouvelles missions		30/06/18	En cours - Retard (de 3 à 9 mois)
	Définir et envisager la mobilisation des RRC pour aider les médecins à adresser (INCa)		31/12/18	En cours - Retard (moins de 3 mois)
	Intégration des préconisations de délais d'adressage dans le dispositif des autorisations		31/12/18	En cours - Retard (moins de 3 mois)

Jalon	Fin prévue le	État du Jalon
Nouveau référentiel des missions des RRC (DGOS)	31/12/18	En cours - Retard (moins de 3 mois)
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. Ce référentiel est en cours de relecture interne et sera publié début 2019 dans le cadre d'une instruction de la DGOS aux ARS.		

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	11 sur 13 (85%)	Retard (plus de 9 mois)
	Responsables associés : HAS; INCa	Partenaires : HAS; ARS; DGOM		
	Jalon	Fin prévue le	État du Jalon	
	Première réunion de cadrage DGOS-HAS-INCa sur la production d'indicateurs de qualité et de sécurité des soins en cancérologie (IQSS) cf. action 2.4	11/07/14	Terminé	
	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	
	État 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	Terminé	
	Évaluer 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	Terminé	
	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	En cours - Retard (plus de 9 mois)	
	Lancer la campagne de recueil des indicateurs auprès de toutes les structures concernées (sans diffusion publique des résultats)	01/02/18	Non débuté - Retard (plus de 9 mois)	
	Intégration de l'enjeu de suivi des délais dans l'évolution des missions des RRC et 3C (cf. action 16.5)	30/06/18	Terminé	
	Produire une recommandation sur les bonnes pratiques sur la prise en charge des cancers de l'ovaire	31/12/18	Terminé	

Au sujet de la réunion de concertation pluridisciplinaire (RCP) :

- l'évolution de l'indicateur de qualité et de sécurité des soins (IQSS) RCP, au-delà de celle précédemment effectuée pour 2016 (suppression de trois critères), ne sera pas poursuivie puisqu'il n'existe plus de marge de progression. L'indicateur n'est plus un levier d'amélioration et il est recueilli pour la dernière fois en 2018 (données 2017) par les établissements de santé ;
- en revanche un nouvel indicateur (ou plusieurs) portant sur la RCP pourra (pourront) être recueilli(s) automatiquement à partir du DCC quand ce dossier sera généralisé. Ce recueil automatisé pourrait permettre de décliner cet indicateur par localisation cancéreuse ;
- pour information complémentaire : la fiche RCP standardisée actuellement utilisée par les acteurs en cancérologie - et notamment disponible sur le site Internet de l'INCa - est générique (pour tous les types de cancers). L'INCa a pour projet de développer des guides de remplissage en fonction des types de cancer afin de tenir compte de leurs spécificités, et en se basant sur les recommandations de bonne pratique.

Au sujet du jalon « Proposer un indicateur sur la prise en charge de l'ovaire » (les jalons numérotés de 1 à 5 sous des sous-jalons) :

- 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).

Au sujet des indicateurs des cancers du sein et du côlon-rectum :

- deux groupes de travail d'experts (oct. 2017-mars 2018) ont identifié 10 IQSS pour les cancers du sein et 6 IQSS pour les cancers du côlon-rectum ;
- parmi ces IQSS, des indicateurs de délais sont en cours de développement :
 - a) des indicateurs de RCP (par ex. entre le diagnostic et la RCP d'une part et entre la RCP et le premier geste thérapeutique d'autre part), la poursuite des travaux dépend de la généralisation du DCC puisque ces indicateurs seront recueillis automatiquement à partir de ce dossier ;
 - b) d'autres indicateurs de délai : 3 (sur les 10 IQSS) pour les cancers du sein et 1 (sur les 6 IQSS) pour les cancers du côlon-rectum. Ces indicateurs seront recueillis à partir du PMSI et du Système national des données de santé ;
- Calendrier prévisionnel :
 - a) décembre 2018 : validation par les groupes de travail ;
 - b) début 2019 : étude de faisabilité (validité et capacité d'amélioration par les établissements de santé) avec retour aux dossiers médicaux et/ou aux registres ;
 - c) fin 2019 : calcul des résultats des IQSS retenus et diffusion (modalités à définir) ;
- Il n'y a pas de campagne de recueil à proprement parler. Les indicateurs seront calculés à partir des bases de données médico-administratives. La première évaluation aura lieu fin 2019.

Au sujet du jalon « Produire une recommandation sur les bonnes pratiques sur la prise en charge des cancers de l'ovaire » :

- la recommandation de bonnes pratiques sur la prise en charge des cancers de l'ovaire, « Conduites à tenir initiales devant des patientes atteintes d'un cancer épithélial de l'ovaire », a été élaborée par le groupe Francogyn (Groupe français de recherche en chirurgie oncologique et gynécologique), en partenariat avec la Sfog (Société française d'oncologie gynécologique) et Arcagy-Gineco sous l'égide du Cngof (Collège national des gynécologues et obstétriciens français), et a reçu le label de l'INCa ;
 - elle sera prochainement publiée au B.O. et diffusée notamment sur le site Internet de l'INCa et aux RRC ;
 - cette recommandation intègre des préconisations d'ordre organisationnel. Il n'y aura donc pas de référentiel organisationnel spécifique sur la prise en charge des cancers de l'ovaire.
- Pour information, le groupe de travail sur la réforme du régime d'autorisation du traitement du cancer va s'appuyer sur ces recommandations pour notamment définir les seuils d'activités et la gradation des soins.

Au sujet du jalon « Produire un référentiel organisationnel sur la prise en charge des cancers de l'ovaire » :

Les recommandations d'ordre organisationnel sont intégrées à la recommandation de bonnes pratiques sur la prise en charge des cancers de l'ovaire « Conduites à tenir initiales devant des patientes atteintes d'un cancer épithélial de l'ovaire ».

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		
	Jalon		Fin prévue le	État du Jalon
	Identification des axes d'amélioration de la pertinence des actes en imagerie (groupe national DGOS/HAS/CNAMTS/ASN)		30/03/15	Terminé
	État des lieux de l'offre de TEP (DGOS)		30/06/15	Terminé
	Étude 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

Jalon	Fin prévue le	État du Jalon
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)
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 (plus de 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"> - 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 ; - 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) ; - 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. L'année 2018 est consacrée à la conception organisationnelle et technique et à la préparation de la phase d'accompagnement. Le déploiement en région pilote est prévu à compter de 2019. <p>Ces actions doivent concourir à améliorer la radioprotection des patients et l'accessibilité des patients aux examens d'imagerie pertinents.</p> <p>Les travaux de simplification et modernisation des régimes d'autorisation en imagerie médicale pilotés par la DGOS ont débuté en 2018. Leur objectif est d'aboutir à l'élaboration d'un décret établissant les conditions d'implantation et les conditions de fonctionnement exigibles pour l'autorisation de l'activité. Les enjeux poursuivis sont :</p> <ul style="list-style-type: none"> - de garantir l'accès aux soins et la continuité des prises en charge dans une logique de parcours de santé, de prise en charge globale favorisant autant que possible l'ambulatoire et en permettant l'accès à des techniques technologies innovantes ; - de renforcer la qualité et la sécurité des prises en charge ; - d'améliorer l'offre en favorisant des organisations territorialisées. <p>Concernant le suivi des délais de rendez-vous, l'INCa met en place une étude des délais de rendez-vous en cancérologie en 2018. La Société française de radiologie et la DGOS ont été associées aux travaux. La phase pilote de cette étude a eu lieu début septembre 2018.</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 :		
Jalon			Fin prévue le	État du Jalon
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

Jalon	Fin prévue le	État du Jalon
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
<p>Au sujet des jalons relatifs désormais à l'indicateur Qualité de la lettre de liaison (QLS) :</p> <ul style="list-style-type: none"> - QLS a remplacé l'Indicateur « qualité du document de sortie d'hospitalisation » - QDS (premier renforcement des exigences de l'indicateur « Délai d'envoi du courrier de fin d'hospitalisation » (DEC), avec un délai d'envoi ramené à 0 jour, contre 8 jours auparavant) pour être en adéquation avec l'article 95 de la LMSS relatif aux lettres de liaison ; - la campagne de recueil 2018 est terminée et les résultats de l'indicateur QLS (non spécifique à la cancérologie) sont mis à la disposition du public fin 2018 sur la base des données 2017. <p>Au sujet du jalon « Analyse de la faisabilité de mise en œuvre d'un recueil généralisé de l'expérience patient (PREMs) et des résultats de la prise en charge par les patients (PROMs) pour l'un des cancers les plus fréquents en France » (nouveau en juillet 2018) :</p> <ul style="list-style-type: none"> - dans le cadre des expérimentations de l'article 51 - Épisode de soins (menées par le ministère chargé de la Santé et la CNAM), la HAS a développé un questionnaire de l'expérience patient ; - ce questionnaire est générique (commun à tous les épisodes de soins). Néanmoins, il sera testé en 2019 pour trois épisodes chirurgicaux dont un concerne la colectomie pour cancer du côlon ; - ce test permettra de mesurer la faisabilité de ce questionnaire en cancérologie et sera une base de travail pour le développement d'un questionnaire de recueil de l'expérience patient spécifique à la cancérologie. 		

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 (plus de 9 mois)
Responsables associés : DGOS		Partenaires : ARS		
Jalon			Fin prévue le	État du Jalon
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 (plus de 9 mois)
Implémentation de recommandations dans un projet de nouveau dispositif			31/12/18	En cours - Retard (moins de 3 mois)
<p>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.</p> <p>Toutefois, une analyse comparative dans 6 pays (Hollande, Allemagne, Belgique, Grande Bretagne, États Unis et Canada) a été réalisée en interne. Le but était de regarder les grandes tendances en cancérologie.</p> <p>À l'issue des travaux menés avec les professionnels une analyse de ces résultats est actuellement en cours. Plusieurs réunions ont eu lieu afin d'affiner et/ou compléter les différents éléments remontés et plusieurs réunions sont prévues au premier trimestre 2018.</p> <p>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.</p>				

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	11 sur 16 (69%)	Retard (plus de 9 mois)
Responsables associés : INCa		Partenaires : ARS; DGOM		
Jalon			Fin prévue le	État du Jalon
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

Jalon	Fin prévue le	État du Jalon
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)
Identification des besoins d'évolution de la réglementation au regard des cibles attendues en termes de prises en charge en cancérologie	31/12/15	Terminé
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	Terminé
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
Textes réglementaires nécessités par les évolutions des prises en charge en cancérologie : élaboration et publication	31/12/18	En cours - Retard (moins de 3 mois)

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 cancérologie.

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 l'ordonnance du 3 janvier 2018 et de son décret CE d'application du 19 février 2018, 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, ont débuté au premier semestre 2018. Ces travaux sont pilotés par la DGOS et comprennent, outre un groupe technique d'élaboration des textes, un comité de concertation transversal aux différentes activités de soins soumises à autorisation et composé des principaux partenaires et acteurs impliqués dans l'organisation de l'offre en cancérologie. Un premier groupe technique a été lancé courant 2018 par la DGOS en vue de l'encadrement juridique de l'activité de soins d'imagerie interventionnelle, notamment en cancérologie.

Les travaux d'évolution de la réglementation encadrant l'activité de soins de traitement du cancer impliquent une forte dimension d'expertise qui se concrétise en janvier 2018 par une saisine de l'INCa par la ministre de la Santé, sur les déterminants transversaux de la qualité et la sécurité des soins et sur les déterminants spécifiques à chacune des modalités de traitement du cancer. Une expertise est attendue sur la gradation des soins, les seuils d'activité minimale, les place et rôle des différents acteurs de l'offre de soins et l'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 DGOS des travaux d'évolution des décrets encadrant l'activité de traitement du cancer a été lancé en juin 2018 en vue d'une publication de décrets courant 2019. Le chantier sur la réforme des autorisations d'activité de soins figure parmi les 10 mesures phares de la stratégie de transformation du système de santé « Ma santé 2022 » annoncée par le président de la République et la ministre de la Santé le 18 septembre 2018. La logique de gradation des soins et de seuils d'activité est affirmée et confortée en lien avec les enjeux de qualité et de pertinence.

Le groupe technique DGOS prendra également en compte 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 : État 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 a été finalisée en 2017 par la DGOS, en lien avec l'INCa et les ARS, et se poursuit avec les sociétés savantes et les OIR. Ces éléments d'état des lieux permettront à la DGOS et l'INCa d'établir en un plan d'actions 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'expertise menés en 2016 et 2017 par l'INCa d'analyse et de proposition d'évolutions des critères d'agrément qui pourront être intégrés au futur régime d'autorisation (action 2.5).
- les travaux du groupe radiologie interventionnelle lancé par la DGOS en mai 2015. Ce groupe a un abord transversal et concerne en partie le traitement du cancer.
- les travaux d'expertise INCa sur la chimiothérapie orale, les soins de support et la protonthérapie, remis à la DGOS en juillet 2016 et publiés sur le site internet de l'INCa. Les travaux préalables INCa transmis sur la protonthérapie en juillet 2015 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 » publiées en mars 2015, et auxquelles la DGOS était invitée. Ces éléments sont expertisés 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 peropératoire (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 lancés en 2016 sur les organisations intéressantes retenues en termes d'autorisation de l'activité de traitement du cancer, de seuils.
- la 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.
- le recensement, début 2018, auprès des correspondants cancer des ARS par la DGOS et l'INCa, de premiers besoins d'évolutions réglementaires.

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 :		
	Jalon		Fin prévue le	État du Jalon
	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
	Lancement du premier appel à candidature de labellisation		30/06/16	Terminé
	Publication, implémentation et diffusion de référentiels concernant les sujets partiellement couverts et prioritaires		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
<p>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 la région Rhône-Alpes-Auvergne représentée par le Réseau Espace Santé Cancer Rhône-Alpes et la région Grand Est, représentée 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.</p> <p>À 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.</p>				

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	4 sur 4 (100%)	Achevée
	Responsables associés : DGOS	Partenaires : ARS		
<p>L'analyse du PMSI pour les six 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)

Jalon	Fin prévue le	État du Jalon
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)
Propositions de gradation de l'offre de soins en oncologie interventionnelle (radiologie et endoscopie interventionnelles), en participation avec la DGOS	20/12/18	En cours - Retard (moins de 3 mois)
<p>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 d'appréhender cette action en lien avec les travaux sur la gradation des soins. Des travaux sont en cours, associant les sociétés savantes, visant à identifier les cancers nécessitant une prise en charge complexe (chirurgie, radiothérapie, imagerie). L'enjeu est de pouvoir prendre en compte ces éléments afin de les intégrer au dispositif d'autorisation.</p>		

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	4 sur 5 (80%)	Retard (moins de 3 mois)
Responsables associés : DGOS		Partenaires : ARS		
Jalon			Fin prévue le	État du Jalon
Publication annuaire national des RCP (ANRCP)			23/09/14	Terminé
État des lieux de l'existant (dénombrement RCP transversales, RCP OIR cancéropédiatrie, RCP de recours pour les cancers rares...)			15/09/15	Terminé
Concertation avec sociétés savantes, parties prenantes, ARS pour cadrer définition nationale d'une RCP spécialisée			30/10/16	Terminé
Articulation des propositions d'évolution des RCP avec le dispositif d'autorisation			30/06/18	Terminé
Analyse données DCC RCP spécialisées pour les cancers rares et complexes			31/12/18	Non débuté - Retard (moins de 3 mois)

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.

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.

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.

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. L'INCa a engagé un recensement des différentes RCP existantes et avis des professionnels de santé, qui figure dans le rapport sur les propositions d'évolution des critères transversaux des autorisations pour le traitement du cancer. Suite à cela, l'INCa s'engage dans la rédaction d'un référentiel organisationnel, visant à clarifier l'offre sur l'ensemble du territoire national et à cadrer les modalités pratiques pour garantir leur qualité.

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 :

- poursuite du déploiement des ROR dans les régions, intégrant la thématique cancer ;
- 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.

La DGOS a mené, 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 six pays : Allemagne, Royaume-Uni, Italie, Espagne, Canada, États-Unis. Elle donne de premières indications sur les réponses apportées à ces demandes en termes d'organisation du circuit du patient, de facilitation de cet accès, de remboursement.

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.

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	14 sur 23 (61%)	Retard (plus de 9 mois)
	Responsables associés : DGOS; INCa	Partenaires :		
	Jalon	Fin prévue le	État du Jalon	
	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	En cours - 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	Terminé	
	70% d'unités d'allogreffe de CSH accréditées JACIE	31/12/16	Terminé	

Jalon	Fin prévue le	État du Jalon
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	Terminé
Evaluation de l'efficacité du dispositif en place	30/06/17	Non débuté - Retard (plus de 9 mois)
80% d'unités d'allogreffe de CSH accréditées JACIE	31/12/17	Terminé
Développement du RFSP à raison de 2000 USP /an, USP adaptées aux besoins des patients adultes en terme de richesse cellulaire	31/12/17	Terminé
Suivi de la mise en place du schéma d'organisation des centres d'autogreffes	31/12/17	Non débuté - Retard (plus de 9 mois)
100% des unités de prélèvement de cellules souches accréditées JACIE	30/06/18	En cours - Retard (de 3 à 9 mois)
Evaluation de l'efficacité du dispositif en place (flux et nombre de patients : hospitalisés, allogreffés...)	30/06/18	En cours - Retard (de 3 à 9 mois)
100% des unités cliniques d'autogreffes accréditées JACIE	31/12/18	En cours - Retard (moins de 3 mois)
90% d'unités d'allogreffe de CSH accréditées JACIE	31/12/18	Terminé
Développement du RFSP à raison de 2000 USP /an, USP adaptées aux besoins des patients adultes en terme de richesse cellulaire	31/12/18	Terminé
L'évaluation de l'organisation territoriale et de l'organisation interne des services d'allogreffe de cellules souches hématopoïétiques (CSH) a été transmise à la DGOS en vue d'une diffusion aux différentes ARS.		
Il a été procédé à une révision à la baisse du nombre de nouvelles unités de sang placentaire stockées chaque année (1 000 au lieu des 2 000 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. Objectif global sur 5 ans fixé désormais à 8 000 USP au lieu des 10 000 initialement attendues.		

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 :		
Jalon			Fin prévue le	État du Jalon
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)

Comme indiqué précédemment, 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 :

- poursuite du déploiement des ROR dans les régions, intégrant la thématique cancer ;
- 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.

La DGOS a mené, 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 six pays : Allemagne, Royaume-Uni, Italie, Espagne, Canada, États-Unis. Elle donne de premières indications sur les réponses apportées à ces demandes en termes d'organisation du circuit du patient, de facilitation de cet accès, de remboursement.

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.

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 cancérologie 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	5 sur 6 (83%)	Retard (plus de 9 mois)
	Responsables associés : DGOS	Partenaires :		
	Jalon	Fin prévue le	État du Jalon	
	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 cancers rares	30/01/15	Terminé	
	Séminaire réseaux cancers rares - appropriation des perspectives	23/09/15	Terminé	
	Structuration double lecture cancers enfant	31/12/16	Terminé	
	Référentiel pour la double lecture systématique	31/12/17	En cours - Retard (plus de 9 mois)	
	Nouvel appel à candidatures pour labellisation tous réseaux cancers rares	31/05/18	Terminé	

L'harmonisation de l'organisation spécifique pour cancers rares de l'adulte a permis en 2017 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 trois années précédentes. Un réseau Double lecture des tumeurs du blastème sera appelé à se structurer.

L'harmonisation n'étant pas finalisée, il a été décidé de reporter l'appel à candidatures pour les réseaux Cancers rares, d'autant que des éléments de cette organisation spécifique sont intégrés dans les propositions d'évolution du dispositif d'autorisations, notamment l'accès à l'expertise dans les propositions de gradation des soins. Les travaux sur la double lecture dans les cancers rares se poursuivent, les problématiques étant très différentes selon les pathologies.

Une nouvelle labellisation des réseaux nationaux pour cancers rares de l'adulte sera donc lancée prochainement. À l'issue de l'évaluation des dossiers, une décision de labellisation sera publiée courant 2019 pour les différents réseaux candidats qui auront été retenus.

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 :		
	Jalon		Fin prévue le	État du Jalon
	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)
	Formalisation d'une organisation		29/12/17	En cours - Retard (plus de 9 mois)
	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.			
	- Identification des cancers très rares de l'enfant.			
	- Présentation de l'état des lieux au groupe de travail cancéropédiatrie.			

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	4 sur 6 (67%)	Retard (plus de 9 mois)
	Responsables associés : DGOS	Partenaires : ITMO cancer		
	Jalon		Fin prévue le	État du Jalon
	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)
	Elaboration d'un nouveau critère transversal rendant opposable le dépistage de la fragilité gériatrique chez tout patient âgé de 75 ans et plus atteint d'un cancer (outil oncodage ou autre outil de dépistage de la fragilité)		30/06/18	Terminé
	Des mesures pour améliorer dans la pratique quotidienne le traitement des personnes âgées atteintes de cancer ont été intégrées dans les propositions de révision des critères transversaux du dispositif d'autorisation remises au ministère de la Santé en décembre 2018. Ces mesures concernent notamment le dépistage systématique de la fragilité gériatrique, traçable dans la fiche RCP et le DCC ainsi que l'accès à un gériatre pour tout établissement autorisé à traiter le cancer.			

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 :		
Le décret relatif à l'organisation du troisième 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 troisième cycle de médecine depuis la rentrée universitaire 2017-2018.				

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 17 (65%)	Retard (plus de 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 (plus de 9 mois)
	2.19.1 Travaux de spécification du contenu métier du PPAC		30/06/17	En cours - Retard (plus de 9 mois)
	2.19.2 Evaluation des pratiques (collecteur) : test d'extraction des traitements décidés (FRCP)		30/06/18	Non débuté - Retard (de 3 à 9 mois)
	2.19.2 Evaluation des pratiques (collecteur) : test d'extraction des traitements réalisés (PPS)		30/12/18	Non débuté - Retard (moins de 3 mois)

L'INCa a pris du retard sur les spécifications métier relatifs au PPAC (Programme personnel de l'après-cancer). Ce document ne pourra pas intégrer le domaine de l'interopérabilité en 2019. Les jalons correspondants à ces travaux sont annulés au sein du Plan cancer 2014-2019 mais seront reportés à 2020. Par ailleurs, suite aux évolutions relatives au système national des données de santé (SNDS), à la mission relative au Health data hub et à celles relatives aux plateformes de données, et compte tenu de l'évolution de la réglementation (notamment mise en place du RGPD), le collecteur renommé composant national du DCC n'est pas encore opérationnel, ce qui empêche tous les tests d'extraction et d'évaluation des pratiques.

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 (plus de 9 mois)
Responsables associés : DGOS; HAS		Partenaires : ARS		
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 (plus de 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 (plus de 9 mois)
Intégration du PPAC dans les outils informatiques des professionnels de santé - cf. action 2.19.1			30/12/18	Non débuté - Retard (moins de 3 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.				

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	4 sur 4 (100%)	Achevée
Responsables associés : DSSIS		Partenaires : HAS; INCa; ARS; DGOM		
<p>L'article 54 de la LFSS pour 2018 a confié aux partenaires conventionnels le soin de fixer les tarifs et les modalités de réalisation des actes de téléconsultation et de téléexpertise. Au plus tard à la fin de l'année 2018, ces actes entreront dans le droit commun avec un remboursement des dépenses de télémédecine comme leurs autres dépenses de santé.</p> <p>Ces tarifs s'adressent aux patients en ville mais également ceux pris en charge dans le cadre des actes et consultations externes en établissement de santé, ce qui constitue également une avancée. Ils assurent l'adossement de l'activité de télémédecine aux parcours de soins et confirme le rôle du médecin traitant.</p> <p>De plus, en complément du mandat donné aux partenaires conventionnels, des mesures d'accompagnement sont menées pour aider les professionnels et les établissements à s'équiper. A ce titre, le FIR des ARS continue d'être mobilisé pour accompagner les projets en ingénierie, formation ou équipement.</p> <p>Une enquête auprès des ARS a été réalisée en mai 2018 par la DGOS pour recenser les projets télémédecine des différentes régions. L'essentiel des projets recensés concerne la dermatologie.</p> <p>Enfin, les expérimentations de télésurveillance (ETAPES) continuent pour quatre ans et s'adressent à tous les patients en ville et à l'hôpital.</p>				

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)
	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
	Mise à disposition d'outils pour la prise en charge des patients à destination des médecins généralistes pour 80% des cancers incidents		31/12/18	En cours - Retard (moins de 3 mois)

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	4 sur 7 (57%)	Retard (plus de 9 mois)
Responsables associés : DGOS		Partenaires : ANSM; HAS; ARS		
Jalon			Fin prévue le	État du Jalon
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 les anticancéreux oraux prioritaires (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 anticancéreux oraux			30/06/16	En cours - Retard (plus de 9 mois)
Résultats de l'évaluation du bon usage des thérapies ciblées orales			30/06/17	Terminé
Proposition de modalités d'évaluation de la diffusion des outils de bon usage des thérapies ciblées orales			31/12/18	Non débuté - Retard (moins de 3 mois)
<p>Les premières fiches médicaments ont été publiées. En lien avec la HAS, l'Institut a assuré leur implémentation dans les logiciels d'aide à la prescription et à la dispensation.</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 avait été publié en juin 2017. Des candidatures ont été reçues en octobre 2017 et pourraient répondre à 5 projets de recommandations. Les projets de labels concernant les inhibiteurs de PARP et les anti-CDK4 et 6 sont les plus avancés.</p> <p>Quatre autres recommandations ont été réalisées en interne et portent sur 9 molécules ; elles sont validées fin 2018 - début 2019. Deux d'entre elles concernent l'hormonothérapie par voie orale. Seront déclinées à partir de ces recommandations 9 fiches médicament destinées aux professionnels de santé de ville.</p> <p>Une autre recommandation sur la prévention et la gestion des effets indésirables des chimiothérapies conventionnelles orales va être élaborée en interne.</p> <p>Une étude d'évaluation de l'implémentation des recommandations dans la pratique clinique a été réalisée avec le département bonnes pratiques en 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 (plus de 9 mois)
Responsables associés : INCa		Partenaires : HAS; ARS		
Jalon			Fin prévue le	État du Jalon

Jalon	Fin prévue le	État du Jalon
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
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 (plus de 9 mois)
Réexamen de la modélisation de la consultation de primo prescription chimiothérapie orale	31/12/17	Terminé

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

Les évolutions induites au niveau des organisations par ces traitements oraux ont fait l'objet de 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 - début 2015 par une enquête auprès des acteurs sur les besoins d'évolution de cette activité, de son organisation et de son financement.

À partir de ces enseignements, les travaux techniques visant à cadrer l'organisation et à adapter le financement 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 ».

- 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.

- une analyse a par ailleurs été conduite par la DGOS 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.

- la DGOS envisageait initialement d'élaborer un projet de cahier des charges à l'attention des ARS sur le cadre organisationnel territorial de la chimiothérapie orale. Il devait fixer des organisations cibles et tenir compte notamment des liens entre l'hôpital et la médecine de ville dans le parcours de soins des patients sur la base notamment de l'état des lieux DGOS précité et des pré-requis établis par l'INCa. Les dispositions de l'article 51 de la loi de financement de la Sécurité sociale 2018 permettent de réorienter ce projet vers le dispositif d'expérimentation d'innovation en santé qui allie innovation organisationnelle et innovation en termes de financement des coopérations hôpital/ville. De premiers projets régionaux voire interrégionaux sont en cours d'élaboration - sur la base notamment des pré-requis établis par l'INCa -, et devraient être soumis à l'avis du comité technique de l'innovation en santé sur l'expérimentation courant 2019.

- dans le cadre de la campagne budgétaire 2016 (cf. circulaire budgétaire de mai 2016), la DGOS a mis en œuvre une dotation budgétaire de financement de la primo-prescription de chimiothérapie orale (PPCO) 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 a 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 2016 déclarée par les établissements de santé titulaires d'une autorisation de traitement du cancer par chimiothérapie.

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 d'environ 1 800 000 euros pour les années 2016 et 2017. La dotation globale pour l'activité 2018 interviendra en première circulaire de campagne budgétaire 2019 afin notamment d'inciter les établissements autorisés n'ayant déclaré aucune activité de PPCO en 2016 et 2017 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%)	Retard (moins de 3 mois)
	Responsables associés : DGS; ANSM	Partenaires : DGOS; HAS; LNCC (Ligue); ARS		
	Jalon		Fin prévue le	État du Jalon
	Lancement de l'appel à projets "formation d'équipes pluridisciplinaires à l'éducation thérapeutique des patients sous chimiothérapie orale"		15/03/14	Terminé
	Elaboration des fiches pratiques par molécule destinées aux patients sur la prévention et la gestion des effets secondaires des anticancéreux par voie orale		31/12/18	En cours - Retard (moins de 3 mois)

Jalon	Fin prévue le	État du Jalon
Mise à disposition de fiches pratiques par molécule destinées aux patients sur la prévention et la gestion des effets secondaires des anticancéreux	31/12/18	Non débuté - Retard (moins de 3 mois)
Rapport de synthèse de l'appel à projets "Education thérapeutique des patients sous chimiothérapie orale"	31/12/18	Non débuté - Retard (moins de 3 mois)

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).

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.

Quatre nouvelles recommandations et des projets de fiches portant sur 9 molécules ont été finalisés (la dernière réunion du groupe de travail s'est tenue en avril 2018). Des fiches pour les patients pourront être déclinées.

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'INCa. Les candidatures reçues sont en cours d'examen par l'Institut et pourraient permettre l'élaboration de fiches destinées aux patients.

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	7 sur 8 (88%)	Planning respecté
Responsables associés : ANSM; INCa		Partenaires : HAS		
<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 se réunit au premier semestre 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, avait également été abordé :</p> <ul style="list-style-type: none"> - 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. À l'issue d'une phase d'enquête et de concertation auprès des acteurs et professionnels du champ du cancer, la DGOS avait 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. - 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"> • 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) ; • dans le cadre de la campagne budgétaire 2016 (cf. circulaire budgétaire de mai 2016), la DGOS a mis en œuvre 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 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. <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. La DGOS et l'ATIH ont développé des indicateurs d'activité par établissement, par région et au national ainsi que, à la demande des professionnels, par spécialité. L'ANAP et l'ATIH ont développé un indicateur de performance de chirurgie ambulatoire, permettant aux établissements de comparer leurs performances dans le temps, avec d'autres établissements de même type ou de leur région ou encore à case-mix identiques. Par ailleurs, la HAS a développé et expérimenté des indicateurs de qualité (processus et résultats) en chirurgie ambulatoire entre décembre 2015 et juillet 2016, et en a publié les résultats en septembre 2017 (8 indicateurs processus et 1 indicateur de résultats ont été retenus - liste disponibles sur le site HAS). Un recueil national, sans diffusion publique, s'est déroulé du 18 mars au 30 juin 2018 et ces indicateurs seront généralisés à l'ensemble des établissements fin 2018. Afin de compléter ce socle d'indicateurs, la HAS a également développé une enquête nationale de mesure de la satisfaction des patients en chirurgie ambulatoire. Après une expérimentation (établissements volontaires) menée fin 2017, la HAS a lancé une campagne nationale en mai 2018 pour tous les établissements concernés. Les résultats de cette première campagne nationale seront diffusés publiquement en fin d'année 2018 sur le site Scope Santé. 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	4 sur 7 (57%)	Retard (plus de 9 mois)
Responsables associés : INCa		Partenaires : HAS; ARS		
Jalon			Fin prévue le	État du Jalon
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	Terminé
Diffusion des modes d'organisation efficients			31/12/16	Non débuté - Retard (plus de 9 mois)

Jalon	Fin prévue le	État du Jalon
Recommandations de "bonnes pratiques organisationnelles" de chirurgie ambulatoire	31/12/16	Non débuté - Retard (plus de 9 mois)
<p>En juillet 2015, la DGOS et l'INCa ont lancé un appel à projets visant à accompagner les établissements autorisés pour la chirurgie du cancer à élaborer, mettre en œuvre et évaluer les projets organisationnels innovants. L'objectif est de promouvoir le développement de la chirurgie ambulatoire en oncologie et d'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 2014-2019, 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 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.</p> <p>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 oncologie. À ce titre, un accompagnement financier à destination des établissements de santé sélectionnés est 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 a été 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.</p> <p>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.</p> <p>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. Le second COFIL s'est réuni le 31 mai 2018 pour exposer aux membres le bilan d'étape à 1 an d'expérimentation. Par ailleurs une journée "retour d'expérience" avec les équipes locales, a été organisée le 10 octobre 2018. Le dernier COFIL doit se réunir le 5 septembre 2019.</p> <p>En outre, une revue de littérature 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.</p>		

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	7 sur 10 (70%)	Retard (plus de 9 mois)
Responsables associés : INCa		Partenaires : ARS		
Jalon			Fin prévue le	État du Jalon
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	Terminé
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	Terminé
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	En cours - 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 (plus de 9 mois)
<p>Une démarche globale a été engagée par la DGOS pour mieux accompagner le développement de l'imagerie 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.</p> <p>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. La définition des critères d'autorisation de l'activité est en cours. Un sous-groupe technique spécifique a été mis en place en janvier 2018 sur l'oncologie interventionnelle. Le projet de décret relatif à l'ensemble des activités interventionnelles réalisées sous imagerie médicale devrait être élaboré en 2019.</p> <p>2) Les travaux d'évolution de la classification et tarification des actes sont menés en parallèle et comprennent :</p> <p>* À court terme, la poursuite de l'intégration pluriannuelle par l'ATIH dans son programme de travail, des demandes d'évolution portées par les fédérations hospitalières ;</p> <p>* À 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>Afin d'alimenter les travaux en cours de la DGOS sur 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 décret. Ils intègrent le champ de l'oncologie interventionnelle et prévoient différentes actions : identification des actes de radiologie interventionnelle en oncologie, identification des équipes pratiquant ces actes, et proposition, dans le cadre de la gradation des soins, de ce qui relève d'un équipement de « centre de proximité » et de 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	10 sur 12 (83%)	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 oeuvre 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)
Elaboration et mise en œuvre du schéma régional de santé prévu par l'article 37 du projet de loi Santé	31/12/18	Terminé
Evolution du dispositif réglementaire encadrant l'activité de traitement du cancer	31/12/18	En cours - Retard (moins de 3 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.

A/ 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 depuis 2014 :

- l'INCa a été saisi fin 2013 afin d'établir 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). À 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 ;
- l'INCa a transmis en mai 2015 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) vont par ailleurs permettre contribuer à répondre aux enjeux de meilleure lisibilité de l'offre de traitement du cancer par radiothérapie ;
- des travaux ont été 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 ;
- 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 ;
- 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 ;
- 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 ;
- le lancement de la nouvelle phase d'enquête de l'Observatoire national de la radiothérapie s'est effectué le 10 avril 2018 et l'enquête s'est terminée en septembre 2018. Le rapport final de cette phase est attendu pour le mois de décembre 2018 ;
- le recueil d'informations médicalisées de la radiothérapie a été finalisé en 2017 ; il servira au nouveau modèle de financement de la radiothérapie fondé sur l'épisode de soins. Une expérimentation "à blanc" (non valorisée) a été lancée en mai 2018 après un avis favorable de la CNIL. Le recueil 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.

B/ Les travaux DGOS sur la réforme des autorisations lancés en juin 2018 contribueront aux enjeux d'une meilleure adaptation de l'offre en radiothérapie sur le territoire, d'amélioration de la lisibilité de cette offre, de facilitation des orientations adéquates des patients et de réduction des délais d'accès (action 2.6). Ces travaux s'appuieront notamment sur les expertises de l'INCa sollicitées à cet effet par la ministre de la Santé en janvier 2018.

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	12 sur 13 (92%)	Retard (moins de 3 mois)
	Responsables associés : INCa; DSS; UNCAM	Partenaires :		
	Jalon		Fin prévue le	État du Jalon
	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

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 (INCa)	01/05/15	Terminé
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	Terminé
Généralisation du recueil d'informations médicalisé de soins de la radiothérapie oncologique	31/12/18	Non débuté - Retard (moins de 3 mois)

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 et de l'article 51 de la LFSS pour 2018 en vue d'un nouveau modèle de financement de la radiothérapie, concourront 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 candidatures en mars 2014 auprès d'équipes de radiothérapie volontaires.
- démarrage des enquêtes de coût et de pratiques en juillet 2014.

Au total, 63 centres de radiothérapie sont mobilisés pour l'enquête de pratiques, dont 30 participent également à l'étude de coûts.

- 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.
- transmission par l'INCa, en mai 2015, 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.

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.

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 a été validé en COPIL du 03 mars 2017, 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 avaient 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'expérimentation « à blanc » (non valorisée) a été lancée en mai 2018 après avis favorable de la CNIL. 65 centres de radiothérapie, représentant les deux secteurs hospitalier et cabinet libéral ont participé à cette expérimentation « à blanc » (soit 1/3 de l'offre de radiothérapie). L'exploitation en cours des données 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). À cet effet, un groupe technique DGOS/ATIH sera lancé sur la pondération et la valorisation des schémas de forfaits, à partir des résultats de cette première expérimentation.

- le projet d'expérimentation d'un nouveau modèle de financement de la radiothérapie a été présenté en juillet 2018 au Comité technique d'innovation en santé (CTIS) et a reçu un avis favorable pour la poursuite du projet (à savoir expérimentation valorisée) dans le cadre de l'article 51 de la LFSS 2018.

- le programme 2017 de la HAS prévoit d'inclure des travaux d'actualisation des recommandations HAS de 2006 sur la RCM1 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.

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 13 (85%)	Retard (plus de 9 mois)
	Responsables associés : ASN	Partenaires : HAS; IRSN; ARS; ITMO cancer		
	Jalon		Fin prévue le	État du Jalon

Jalon	Fin prévue le	État du Jalon
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 parangonnage 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 hypogractionnées de haute précision (bulletin n°9 de mai 2016 sur la sécurité du patient, pour une dynamique de progrès)	31/12/16	Terminé
Action de formation auprès des utilisateurs sur les contrôles demandés, accompagnée d'une évaluation relative 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 (plus de 9 mois)

Une veille nationale est conduite dans le domaine de la qualité et sécurité du fonctionnement des équipements de radiothérapie. Elle a permis au premier 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 objectif d'amélioration de la qualité et de la sécurité des prises en charge.

Des travaux ont été engagés pour simplifier les analyses de risques à mettre en oeuvre par les services de radiothérapie. En effet, suite aux conclusions de l'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 visant à simplifier le dispositif d'analyse des risques. L'objectif est de s'attacher 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.

En 2016, ont été conduits des travaux sur les déclarations d'événements indésirables, qui ont réuni l'ensemble des acteurs sous la forme de plusieurs conférences téléphoniques afin de proposer des axes d'amélioration des conditions de qualité et de sécurité des actes de radiothérapie. Ont été réalisés : 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, un rapport sur les conséquences des dysfonctionnements pour les patients, un rapport d'évaluation des conditions de mises en oeuvre des contrôles par un fabricant détenant une partie significative du parc. 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 également été menés pour consolider la formation à la radioprotection des patients avec la publication d'une décision de l'ASN. Cette formation sera pluriprofessionnelle avec deux objectifs principaux (i) s'inscrire dans une démarche de gestion des risques (ii) analyser sa pratique professionnelle sous l'angle de la gestion des risques de la justification et de l'optimisation.

De plus, une recommandations pour sécuriser les irradiations hypofractionnées de haute précision a été publiée ainsi que la 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).

Une réflexion est en cours sur la mise en place d'un dispositif permettant la mise en place d'audits cliniques par les 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 ». Des travaux sont engagés dans le cadre de la transposition de la directive 2013/59 avec la DGOS, la DGS, l'ANSM et l'ASN afin de proposer une évolution relative à la mise sur le marché d'équipements de haute technicité en radiothérapie avec notamment la justification d'investigations cliniques en amont de la mise sur le marché.

La nécessité est apparue par ailleurs de mettre en place un comité de veille à l'ASN pour les nouvelles techniques de radiothérapie et nouvelles pratiques dans ce domaine médical. Il s'agit de définir le contour de ce comité, d'identifier son périmètre et ses objectifs. Ce comité de veille tiendra compte des travaux de la délégation ministérielle à l'innovation en santé (DieS) qui 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 (cf. action 5.11 du PK3).

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	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 oeuvre 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

Jalon	Fin prévue le	État du Jalon
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
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
Elaboration et mise en œuvre du schéma régional de santé prévu par la loi de modernisation de notre système de santé	31/12/18	Terminé
Evolution du dispositif réglementaire encadrant l'activité de traitement du cancer	31/12/18	En cours - Retard (moins de 3 mois)

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.

A/ 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 depuis 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. À 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 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 ;
- 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, qui préconisent, au vu des éléments réunis, de réserver l'utilisation de cette technique dans un cadre de recherche clinique ;
- recommandations du groupe experts permanent de l'ASN (GPMED) sur « les conditions de mise en œuvre des nouvelles techniques et pratiques de radiothérapie » publiées en mars 2015, et auxquelles la DGOS était invitée, 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 ;
- actualisation des recommandations SFRO sur les techniques de radiothérapie « RECORAD » publiées en octobre 2016, qui 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 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 de 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. Ces éléments d'état des lieux permettront à la DGOS et l'INCa d'établir en 2018 un plan d'actions sur le champ de l'oncopédiatrie et d'alimenter la réflexion sur le futur régime d'autorisation en cancérologie qui intégrera l'oncologie pédiatrique.

Le traitement du cancer est désormais intégré dans le Répertoire Opérationnel des Ressources (ROR) 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'autorisations d'exercer l'activité de traitement du cancer peuvent le remplir et ainsi indiquer leur offre de soins. Par ailleurs, des travaux ont été conduits en 2017 par la DGOS et l'INCa en vue de l'intégration dans le ROR de l'annuaire national des RCP (ANRCP) début 2018.

B/ Les travaux DGOS sur la réforme des autorisations d'exercer l'activité de soins de traitement du cancer, lancés en juin 2018, contribueront aux enjeux d'une meilleure adaptation de l'offre en radiothérapie sur le territoire, d'amélioration de la lisibilité de cette offre, de facilitation des orientations adéquates des patients et de réduction des délais d'accès (action 2.6). Ces travaux s'appuieront notamment sur les expertises de l'INCa sollicités à cet effet par le ministre de la Santé en janvier 2018.

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	4 sur 7 (57%)	Retard (plus de 9 mois)
	Responsables associés :	Partenaires :		
	Jalon		Fin prévue le	État du Jalon
	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	Terminé
Evolution de la réglementation encadrant l'activité de traitement du cancer par radiothérapie	31/12/17	En cours - Retard (plus de 9 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"> - saisine HAS sur les indications et la population cible de la protonthérapie (demande qui n'a finalement pas été retenue par la HAS) ; - saisine de l'INCa 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. <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 médicoéconomique.</p> <p>Ces travaux ont d'ores et déjà permis au ministère de la Santé d'envisager une stratégie d'évolution du cadre juridique de la régulation de l'offre de traitement du cancer par protonthérapie. 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 en l'absence d'éléments suffisamment probants pour permettre de définir le nombre et la répartition des équipements nécessaires pour répondre aux besoins de la population.</p> <p>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.</p> <p>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.</p> <p>La demande d'inscription de l'acte de radiothérapie peropératoire 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.</p> <p>Les travaux du groupe technique DGOS lancé en juin 2018 dans les suites des dispositions de l'article 204 de la loi de modernisation de notre système de santé (cf. ordonnance du 3 janvier 2018 et décret CE d'application du 19 février 2018), en vue des futurs décrets cancer, intégreront la problématique de la régulation des plateaux techniques de recours en cancérologie. Ces travaux prendront en compte l'état des lieux de l'offre de soins en cancérologie en cours à la DGOS ainsi que les travaux d'expertise de l'INCa sur la gradation de l'offre en cancérologie.</p>		

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

Indicateur	Valeur	Date	Rappel cible
Proportion d'infirmiers cliniciens en cancérologie 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	5 sur 5 (100%)	Achevée
	Responsables associés : INCa	Partenaires :		
	<p>Au Journal officiel du 19 juillet 2018 sont parus :</p> <ul style="list-style-type: none"> - un décret du 18 juillet 2018 relatif à l'exercice infirmier en pratique avancée qui précise les trois domaines d'intervention de ce professionnel, dont celui de l'oncologie et l'hémo-oncologie, accompagné de deux arrêtés d'application de ce décret ; - un décret du 18 juillet 2018 relatif au diplôme d'État d'infirmier en pratique avancée ainsi qu'un arrêté relatif au régime des études en vue de ce diplôme. Dans ce dernier texte figurent les référentiels d'activité, de compétence et de formation de la pratique avancée infirmière, en particulier ceux spécifiques à l'oncologie. <p>L'infirmier exerçant en pratique avancée (IPA) est un professionnel de santé titulaire du diplôme d'État d'infirmier, auquel sont reconnues, après le suivi d'une formation universitaire spécifique de deux années, des compétences élargies par rapport à son métier socle. Ces compétences relèvent du champ médical. Avant de pouvoir exercer en tant qu'IPA, le professionnel devra justifier d'une expérience d'au minimum trois années d'exercice en tant qu'infirmier. La formation universitaire conduira à l'obtention d'un diplôme d'État d'infirmier en pratique avancée précisant l'option choisie et reconnu au grade universitaire de master.</p> <p>Trois options identifiées comme prioritaires au regard des enjeux de santé publique sont prévues pour la rentrée universitaire 2018 :</p> <ul style="list-style-type: none"> - pathologies chroniques stabilisées ; prévention et polyopathologies courantes en soins primaires ; - oncologie et hémo-oncologie ; - maladie rénale chronique, dialyse, transplantation rénale. <p>La première option correspond à un exercice principalement ambulatoire, les deux autres à un exercice essentiellement hospitalier. L'option est choisie par l'infirmier au début de sa formation en cohérence avec son projet professionnel.</p> <p>L'IPA peut intervenir aussi bien en soins ambulatoires (au sein d'une équipe de soins primaires ou en assistance d'un médecin spécialiste hors soins primaires) qu'en établissement de santé. Dans tous les cas, il exerce dans le cadre d'une équipe coordonnée par un médecin et assure le suivi et la prise en charge globale de patients confiés individuellement par le médecin. Il intervient dans le domaine correspondant à l'option du diplôme universitaire qu'il a validée.</p> <p>L'IPA assure le suivi des patients qui lui sont confiés et en assume la responsabilité dans le cadre d'un protocole d'organisation, arrêté au sein de l'équipe, précisant les règles de collaboration entre le médecin et l'IPA.</p> <p>De par sa formation, l'IPA dispose notamment de la capacité, dans son domaine de compétence, à prescrire des examens complémentaires et peut demander des actes de suivi et de prévention ou encore renouveler ou adapter, si nécessaire, des prescriptions médicales. Au-delà des temps d'échange, de coordination et de concertation réguliers organisés, l'IPA revient vers le médecin lorsque les limites de son champ de compétences sont atteintes ou dans le cas d'une dégradation de l'état de santé du patient.</p> <p>À l'issue de l'année universitaire 2018-2019 seront délivrés les premiers DE.</p>			

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 :		
Jalon			Fin prévue le	État du Jalon
Élaboration du référentiel d'activités + élaboration du référentiel de compétences			31/12/14	Terminé
Élaboration 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 en Conseil d'État sur les actes et activités des physiciens médicaux est en cours de préparation, avec pour objectif une publication début 2019, de même que pour l'arrêté sur les référentiels activités, compétences, 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 :		
Jalon			Fin prévue le	État du Jalon
Élaboration du référentiel d'activités + élaboration du référentiel de compétences			31/12/14	Terminé
Élaboration 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 (plus de 9 mois)
La dosimétrie est une spécialité de la profession de manipulateur d'électroradiologie médicale. Le décret en Conseil d'État sur les actes et activités des dosimétristes devrait paraître, en fonction de la charge de travail, en 2019, ainsi que l'arrêté sur les référentiels activités, compétences, 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 troisième 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 troisième cycle de médecine depuis la rentrée universitaire 2017-2018. Deux FST en cancérologie sont possibles : la FST cancérologie déclinaison hémato-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 :		
	Jalon		Fin prévue le	État du Jalon
	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'anatomocytologie.	DGESIP	4 sur 4 (100%)	Achevée
	Responsables associés : DGOS; INCa	Partenaires :		
	Le décret relatif à l'organisation du troisième 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	5 sur 5 (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
<p>Évolution, par rapport à 2013, du nombre de personnes incluses dans les essais cliniques thérapeutiques en cancérologie</p> <p>Source : Numérateur : Nombre de personnes incluses dans les essais thérapeutiques de l'année considérée</p> <p>Dénominateur : Nombre de personnes incluses dans les essais thérapeutiques en 2013</p>	136,75 % s	31/12/17	113,58 % s 31/12/18
<p>Proportion d'enfants de moins de 18 ans inclus dans les essais cliniques de phase précoce</p> <p>Source : Numérateur : SFCE - Société Française de lutte contre les Cancers et leucémies de l'Enfant et de l'adolescent / Intergroupe pédiatrique</p> <p>Dénominateur : Registres pédiatriques des cancers ou PMSI MCO (ATIH)</p>			%
<p>Proportion de patients de plus de 75 ans inclus dans des essais cliniques</p> <p>Source : Numérateur : Nombre de patients de 75 ans et plus inclus dans des essais ouverts</p> <p>Dénominateur : Données incidence patients = 75 ans avec cancer</p>	2,64 %	31/12/17	%
<p>Proportion d'essais cliniques de phase précoce ouverts aux enfants dans les CLIP² ayant une compétence pédiatrique</p> <p>Source : CLIP²</p>	16,87 %	31/12/17	%

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%)	Retard (moins de 3 mois)
	Responsables associés : DGOS; INCa; DGRI	Partenaires :		
	Jalon		Fin prévue le	État du Jalon
	Lancement annuel de l'AAP récurrent de recherche translationnelle (PRTK 2014)		31/03/14	Terminé
	Selection par le comité d'évaluation des projets à financer dans l'AAP de recherche translationnelle (Résultats PRTK 2014)		31/12/14	Terminé
	Lancement annuel de l'AAP récurrent de recherche translationnelle (PRTK 2015)		31/03/15	Terminé
	Selection par le comité d'évaluation des projets à financer dans l'AAP de recherche translationnelle (Résultats PRTK 2015)		29/02/16	Terminé
	Lancement annuel de l'AAP récurrent de recherche translationnelle (PRTK 2016)		31/03/16	Terminé
	Définir le protocole d'évaluation des projets de recherche translationnels financés par le PRT-K, formation à la recherche translationnelle & Transcan		31/12/16	Terminé
	Sélection par le comité d'évaluation des projets à financer dans l'AAP de recherche translationnelle (résultats PRTK 2016)		28/02/17	Terminé

Jalon	Fin prévue le	État du Jalon
Lancement annuel de l'AAP récurrent de recherche translationnelle (PRTK 2017)	31/03/17	Terminé
Rapport sur la typologie des projets financés par APP PRT-K, formation à la recherche translationnelle, Transcan et la trajectoire des équipes impliquées	31/12/17	Terminé
Selection par le comité d'évaluation des projets à financer dans l'AAP de recherche translationnelle (Résultats PRTK 2017)	28/02/18	Terminé
Lancement annuel de l'AAP récurrent de recherche translationnelle (PRTK 2018)	31/03/18	Terminé
Définition du protocole d'évaluation de l'impact des 3 programmes de recherche translationnelle sur la santé des patients	31/12/18	Non débuté - Retard (moins de 3 mois)
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. À 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 6 (50%)	Planning respecté
Responsables associés : DGOS		Partenaires :		
<p>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 :</p> <ul style="list-style-type: none"> - 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). <p>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 :</p> <ul style="list-style-type: none"> - 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 centres 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'est pas 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	13 sur 16 (81%)	Retard (moins de 3 mois)
Responsables associés :		Partenaires :		
Jalon			Fin prévue le	État du Jalon
Un AAP CLIP ² lancé			28/04/14	Terminé

Jalon	Fin prévue le	État du Jalon
Lancement AAC labellisation CLIP ²	08/07/14	Terminé
Labellisation de centres avec une compétence pédiatrique	31/03/15	Terminé
Notification de la labellisation des CLIP ²	31/03/15	Terminé
Deux nouveaux essais autorisés	30/12/15	Terminé
Deux nouveaux essais autorisés dans les 12 derniers mois	30/12/16	Terminé
Participation des CLIP à valence pédiatrique aux essais AcSé pédiatriques	31/12/16	Terminé
Développer une base de données intégrant les essais de phase précoce ouverts au sein des CLIP ² et nécessitant un screening moléculaire pour l'inclusion des patients	30/06/17	Terminé
Diffuser une liste d'essais de phase précoce ouverts au sein des CLIP ² et nécessitant un screening moléculaire, auprès de professionnels de santé et de la recherche clinique afin de faciliter l'inclusion de leur patients	31/12/17	Terminé
Rapporter l'évolution des essais réalisés dans les centres d'essais précoces (CLIP2) y compris pédiatriques, en termes de nouveaux essais ouverts aux inclusions et de patients inclus.	31/12/17	Terminé
Signature d'une convention de collaboration avec un laboratoire pharmaceutique pour la mise à disposition d'une ou plusieurs molécules, dans le cadre d'un AAP ouvert aux CLIP ²	31/12/17	Terminé
Négociation avec au moins un laboratoire pharmaceutique pour la mise à disposition d'une ou plusieurs molécules, dans le cadre d'un AAP ouvert aux CLIP ²	30/06/18	Terminé
Publication d'un nouvel AAC CLIP ²	31/12/18	Terminé
Rapporter l'évolution des essais réalisés dans les centres d'essais précoces (CLIP2) y compris pédiatriques, en termes de nouveaux essais ouverts aux inclusions et de patients inclus	31/12/18	En cours - Retard (moins de 3 mois)
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 et fin 2018, plus d'une centaine d'enfants ont été inclus.		

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)	5 sur 6 (83%)	Planning respecté
Responsables associés : INCa		Partenaires :		
Composé d'une centaine de personnes malades et de proches, le Comité de patients pour la recherche clinique (CPRC) a relu 140 notes d'information et formulaires de consentement d'essais thérapeutiques en 2017. Au 31 octobre 2018, les membres du CPRC ont relu 159 notes d'information soit une augmentation d'environ 50 % par rapport à la même période en 2017.				
Les notes d'information proviennent de 28 promoteurs différents dont l'ensemble des Groupes Coopérateurs et 13 laboratoires industriels.				
Le numéro 25 du magazine « Recherche Clinique Côté Patients » sortira fin octobre ; il porte sur l'hématologie et la prise en charge en oncogériatrie.				
Les 20 ans du Comité de patients seront célébrés le 14 décembre au cours d'une journée d'échanges et de perspectives en présence des relecteurs et des promoteurs. Au cours de cette journée, les résultats du questionnaire de satisfaction à destination des promoteurs et un motion design présentant le Comité de patients seront diffusés.				

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 ; 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%)	Retard (moins de 3 mois)
	Responsables associés : DGOS; ANSM; DGRI	Partenaires : Fondation ARC; HAS; LNCC (Ligue)		
	Jalon		Fin prévue le	État du Jalon
	Lancement AcSé Vemurafenib		26/12/14	Terminé
	Demande d'autorisation d'au moins 1 essai soit guidé par la génomique, soit transpathologie, soit évaluant une association de médicaments innovants		31/12/15	Terminé
	Réunion d'un groupe de travail sur la méthodologie des essais adaptatifs		30/06/16	Terminé
	Demande d'autorisation d'au moins 1 essai soit guidé par la génomique, soit transpathologie, soit évaluant une association de médicaments innovants		31/12/16	Terminé
	Publication d'une liste d'essais ouverts aux inclusions, avec screening moléculaire au sein des CLIP ²		30/06/17	Terminé
	Demande d'autorisation d'au moins 1 essai soit guidé par la génomique, soit transpathologie, soit évaluant une association de médicaments innovants		31/12/17	Terminé
	Demande d'autorisation d'au moins 1 essai soit guidé par la génomique, soit transpathologie, soit évaluant une association de médicaments innovants		28/12/18	Non débuté - Retard (moins de 3 mois)
	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	8 sur 8 (100%)	Achevée
	Responsables associés : CNAMTS; DGOS; DGS; INCa	Partenaires : DGRI		
	L'évolution des règles d'enregistrement des médicaments en oncologie dépend en dernier ressort de l'EMA et de la Commission européenne. En effet, la procédure centralisée est obligatoire pour toute nouvelle demande d'AMM d'un médicament anticancéreux en Europe. Les initiatives françaises en la matière se sont appuyées sur des relais mis en place par l'ANSM à l'EMA au cours des dernières années : présence active au CHMP et aux avis scientifiques européens (SAWP). Les critères d'évaluation des nouveaux anticancéreux ont également évolué avec une ouverture remarquable vers les évaluations basées sur des critères de jugement dits « intermédiaires », ce qui est une nouveauté totale dans le champ des anticancéreux, et la France a participé de façon décisive à ces évolutions qui devraient permettre un accès plus précoce à l'innovation. Enfin, le projet PRIME quant à lui instaure un accompagnement précoce et régulier aux structures développant des médicaments comblant un besoin non couvert.			

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		

Suite à l'arrivée en janvier 2017, du nouveau président, monsieur Panel, 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.

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 trois directions informent régulièrement le CEPS. En conséquence, les trois dernières actions sont abandonnées. Cette mesure est considérée comme terminée.

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 regroupe 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 œuvre sur quelques dossiers ces deux dernières années. Une évaluation d'un contrat de performance mis en place pour un médicament anticancéreux 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 trois ministres de tutelle définit quatre 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. À ce jour, aucun nouveau contrat de performance n'a été signé en raison d'une réticence commune au CEPS et aux industriels due 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 œuvre 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. À 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		
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.				

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 :		
Jalon			Fin prévue le	État du Jalon
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)

Jalon	Fin prévue le	État du Jalon
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	Non débuté - 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 (DRCI...)	31/12/15	Non débuté - 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 (plus de 9 mois)
Bilan intermédiaire de l'action du CVT dans le domaine cancer	31/12/18	Non débuté - Retard (moins de 3 mois)

Le calendrier de mise en œuvre du jalon 5.11.1 a été décalé en raison d'un travail exploratoire sur différentes options permettant d'organiser la veille nationale et internationale souhaitée. Le comité de veille technologique initialement imaginé a finalement donné lieu à une autre organisation : une délégation ministérielle à l'innovation en santé. La nomination à sa tête du Pr J.Y. Fagon par la ministre en charge de la Santé est intervenue en janvier 2016. Parmi ses missions figurent 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 leurs projets innovants 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 projet dans le domaine de la santé. La DGOS travaille en lien étroit avec la délégation et peut être associée aux entretiens personnalisés afin de les orienter, le cas échéant, vers l'un ou l'autre des dispositifs de soutien public 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 (18 dossiers déposés depuis novembre 2016). Il s'agit d'un signal positif d'appropriation du dispositif par les acteurs concernés. Par ailleurs, l'ensemble de ces dispositifs de soutien à l'innovation font régulièrement l'objet d'actions d'information et d'échanges pédagogiques auprès des professionnels et des industriels.

Le programme PREPS est poursuivi (campagne 2018), 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 et 2018 à un unique programme ouvert au cancer. Ainsi pour la campagne 2018, parmi les 41 projets de PRME examinés à l'étape de présélection sur lettre d'intention, 4 d'entre eux relevaient du domaine du cancer. Trois d'entre eux ont été présélectionnés et leurs dossiers complets seront examinés en jury de sélection tout début 2019.

La nomination en décembre 2016 de référents Recherche et Innovation dans toutes les ARS avec le concours du SGMCAS marque la volonté de l'État 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 œuvre, et aussi des stratégies de prise en charge plus anciennement connues.

Il est précisé que les jalons 4, ainsi que 6 à 11, ne sont pas adaptés : en effet, ils ne sont pas nécessairement abandonnés mais la mise en place du comité de veille technologique (CVT) a été remplacée par la nomination d'un délégué interministériel à l'innovation en santé qui a défini sa propre méthodologie de travail. Les modalités initialement prévues pour la déclinaison de cette action ne sont donc pas nécessairement adaptées aujourd'hui à la façon dont est conduite la politique de veille en cancérologie.

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 (plus de 9 mois)
Responsables associés : DGOS; DGS; DGRI		Partenaires :		
Jalon			Fin prévue le	État du Jalon
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
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 (plus de 9 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 à 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. À 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. Le « Parcours du Médicament », disponible en ligne sur le site d'Aviesan, propose sous forme de fiches une vision synthétique du développement d'un (bio)médicament, de la phase de conception jusqu'à la phase clinique. Il a été proposé d'adapter ces fiches à la cancérologie, notamment aux nanoparticules.</p> <p>Suite à la relecture des rapports finaux des projets financés par les AAP du Plan cancer, une démarche de sensibilisation des porteurs à la valorisation a été entamée dans le cadre du domaine de valorisation stratégique (DVS) dédié à l'innovation thérapeutique en cancérologie. Cette action a débuté par des entretiens personnalisés, suivis d'une session générale de sensibilisation à la valorisation de la recherche en marge des journées de restitution. Ces actions ont permis la détection d'au moins deux projets par les offices de transfert de technologie référents ; un suivi est encore en cours.</p>				

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

Indicateur	Valeur	Date	Rappel cible
<p>Délai médian de rendu de résultat pour tout test de génétique constitutionnelle</p> <p>Source : Laboratoires d'oncogénétique</p>	151	31/12/17	40 31/12/18
<p>Nombre de patients bénéficiant d'une analyse complète du génome tumoral</p> <p>Source : Structures de séquençage identifiées</p>	0	31/12/15	50 000 31/12/18
<p>Nombre de patients bénéficiant d'un test moléculaire de recherche de mutation prédisposant au cancer</p> <p>Source : Laboratoires d'oncogénétiques</p>	41 148	31/12/17	75 000 31/12/18
<p>Nombre de tests réalisés sur les personnes atteintes d'un cancer de l'ovaire au stade métastatique</p> <p>Source : Dispositif d'oncogénétique</p>	1 772	31/12/17	4 500 31/12/18
<p>Nombre de tumeurs analysées sur un panel de 100 gènes pour lesquels on dispose de la thérapie ciblée</p> <p>Source : Plateformes de génétique moléculaire</p>	46 184	31/12/17	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	11 sur 15 (73%)	Retard (moins de 3 mois)
Responsables associés : DGOS		Partenaires : ARS		
Jalon			Fin prévue le	État du Jalon
6.1.1.A.2014. Accès au dispositif d'oncogénétique : publication de la synthèse de l'activité d'oncogénétique 2013			19/12/14	Terminé
6.1.1.B.2015. Accès au dispositif d'oncogénétique : publication du tableau de bord de l'activité d'oncogénétique 2014			18/12/15	Terminé
6.1.1.C.2015. Accès au dispositif d'oncogénétique : publication du bilan 2013-2014 des programmes de suivi des personnes prédisposées au cancer			18/12/15	Terminé
6.1.2.B.2015. Syndrome de Lynch et test MSI : finalisation des actions concernant l'optimisation de l'accès à une consultation d'oncogénétique			18/12/15	Terminé
6.1.3.B.2016. Implémentation du dispositif d'oncogénétique : finalisation d'actions pour accompagner l'arrivée des inhibiteurs de PARP			22/04/16	Terminé
6.1.1.D.2016. Accès au dispositif d'oncogénétique : publication de la synthèse de l'activité d'oncogénétique 2015			20/12/16	Terminé

Jalon	Fin prévue le	État du Jalon
6.1.3.D.2016. Implémentation du dispositif d'oncogénétique : publication des résultats de l'enquête sur l'implémentation du NGS dans les laboratoires	20/12/16	Terminé
6.1.1.E.2017. Accès au dispositif d'oncogénétique : publication de la synthèse de l'activité d'oncogénétique 2016	21/12/17	Terminé
6.1.3.F.2017. Implémentation du dispositif d'oncogénétique : publication des résultats de l'enquête sur les délais de prise en charge	21/12/17	Terminé
6.1.2.C.2018. Syndrome de Lynch et test MSI : évaluation de l'accès à une consultation d'oncogénétique dans un contexte de syndrome de Lynch	28/06/18	Terminé
6.1.1.F.2018. Accès au dispositif d'oncogénétique : publication du tableau de bord de l'activité d'oncogénétique 2017	20/12/18	Terminé
6.1.1.G.2018. Accès au dispositif d'oncogénétique : publication du bilan 2015-2017 des programmes de suivi des personnes prédisposées au cancer	20/12/18	En cours - Retard (moins de 3 mois)
<p>6.1.1. Faciliter l'accès de tous au dispositif d'oncogénétique</p> <p>- « Oncogénétique : consultations et laboratoires en 2017 ». Jalon : publication en décembre 2018.</p> <p>- 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, publication prévue au cours du premier semestre 2019.</p> <p>6.1.2. Remédier au déficit d'accès au dispositif d'oncogénétique pour les personnes prédisposées aux cancers digestifs (syndrome de Lynch en particulier)</p> <p>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 :</p> <p>- 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 ».</p> <p>Jalon : publication en juin 2016 ;</p> <p>- plaquette d'information à destination des professionnels et renforcement des interactions entre les professionnels concernés au sein des régions. Jalon : publication prévue au cours du premier semestre 2019.</p> <p>6.1.3. Être en mesure d'implémenter dans le dispositif d'oncogénétique l'arrivée de traitements spécifiques</p> <p>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 :</p> <p>- 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 (1er mai 2015 - 10 octobre 2017) ;</p> <p>- 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 1er septembre 2015 au 31 août 2016, analyse des rapports d'activité finaux en décembre 2016 ;</p> <p>- « 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).</p>		

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 (plus de 9 mois)
Responsables associés : DGOS		Partenaires : HAS; ARS		
Jalon			Fin prévue le	État du Jalon
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'étude de l'impact économique du recours aux techniques de NGS ciblé			31/12/15	Terminé

Jalon	Fin prévue le	État du Jalon
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 (plus de 9 mois)
Suivi de la montée en charge de l'activité de pharmacogénétique	31/05/18	Non débuté - Retard (de 3 à 9 mois)
Adaptation du financement des tests moléculaires à la montée en charge du séquençage de l'exome	31/12/18	Non débuté - Retard (moins de 3 mois)
<p>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 montré notamment 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.</p> <p>Les actions relatives à l'implémentation des techniques d'analyse 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.</p> <p>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.</p>		

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	5 sur 6 (83%)	Retard (plus de 9 mois)
Responsables associés :		Partenaires : Fondation ARC; HAS		
Jalon			Fin prévue le	État du Jalon
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 Acompli			31/12/17	Non débuté - Retard (plus de 9 mois)
Rapport de faisabilité du programme MULTIPLI			31/12/18	Terminé
<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 prévoit 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. L'étude de faisabilité se termine au premier semestre 2018.</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 :		
	Jalon		Fin prévue le	État du Jalon
	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
	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 (plus de 9 mois)
	Suivi de la montée en charge de l'activité de séquençage de l'exome		31/12/18	Non débuté - 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 bio-informaticiens 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 2 000 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>En avril 2015, le Premier ministre a confié 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 œuvre 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%)	Retard (moins de 3 mois)
	Responsables associés :	Partenaires :		
	Jalon		Fin prévue le	État du Jalon
	Publication de l'édition 2016 de l'appel à projets Hétérogénéité de l'ITMO Cancer		31/12/15	Terminé
	Symposium sur les résultats des projets ICGC France - 2015		31/12/15	Terminé
	Sélection des projets issus de l'AAP Hétérogénéité de l'ITMO Cancer		30/11/16	Terminé
	Colloque international INCa-ITMO Cancer : Immunothérapie anti tumorale		30/11/17	Terminé
	Sélection des projets issus de l'AAP Hétérogénéité de l'ITMO Cancer		30/11/17	Terminé
	Évaluation de la poursuite du programme par l'ITMO Cancer		30/11/18	En cours - Retard (moins de 3 mois)
	Symposium sur les résultats des projets ICGC France - 2018		28/12/18	En cours - Retard (moins de 3 mois)
	Rapport d'activité du Consortium Hétérogénéité de l'ITMO Cancer à 24 mois		31/12/18	En cours - Retard (moins de 3 mois)
	Rapport Projets ICGC France ; réunion ICGCmed organisée par l'INCa		31/12/18	Non débuté - Retard (moins de 3 mois)
<p>Les 6 projets scientifiques du programme HTE sont en cours et sont suivis par le département de suivi et évaluation de programme de l'Inserm (DESP) au même titre que tous les projets des programmes de l'ITMO Cancer.</p> <p>Afin de permettre la construction d'une force significative dans le domaine de l'étude de l'hétérogénéité tumorale, un consortium d'animation a été mis en place par les ITMO Cancer, Technologie de la santé et Biologie Cellulaire, Développement et Évolution. Ce consortium est suivi par un comité de pilotage spécifique composé d'experts scientifiques et de membres des directions des ITMO Cancer, Technologies pour la Santé et Biologie Cellulaire, Développement et Évolution. Le consortium a pour but un partage de connaissances, d'outils et de données.</p> <p>Pour permettre un meilleur suivi, le comité de pilotage du consortium HTE a proposé de rencontrer le consortium deux fois par an. Les projets et les activités du consortium se termineront fin 2020.</p> <p>Compte tenu du retard pris dans la mise en place du consortium d'animation, le jalon « rapport d'activité du Consortium Hétérogénéité de l'ITMO Cancer à 24 mois » doit être modifié selon les jalons listés dans l'onglet « Programmation - Ajout de jalons ». Par ailleurs, il convient aussi de séparer les jalons concernant le suivi scientifique des projets HTE des jalons concernant le suivi du consortium d'animation.</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. 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 connaissance de l'existence de la plateforme Cancer Info 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)	14 000 % s	31/12/17	%
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) 2e 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 2e 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 2e 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	3 sur 5 (60%)	Retard (de 3 à 9 mois)
	Responsables associés : DGOS	Partenaires : ARS		
	Jalon	Fin prévue le	État du Jalon	
	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	Terminé	
	Mise en place du suivi des délais par les ARS avec l'appui des RRC	30/06/18	En cours - Retard (de 3 à 9 mois)	

Jalon	Fin prévue le	État du Jalon
Renforcer les interactions entre l'INCa, le CMG et la SFR	31/12/18	En cours - 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 (plus de 9 mois)
Responsables associés : DGOS		Partenaires : LNCC (Ligue); ARS		
Jalon			Fin prévue le	État du Jalon
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 (plus de 9 mois)
Implémentation des nouvelles modalités DA dans le nouveau dispositif des critères d'agrément			31/12/18	En cours - Retard (moins de 3 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 verbatim des professionnels issus du groupe de travail, a été réalisé. Le référentiel devrait être publié au début d'année 2019.				

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		
Jalon			Fin prévue le	État du Jalon
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		
Jalon			Fin prévue le	État du Jalon
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

Jalon	Fin prévue le	État du Jalon
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)
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 en particulier dans les champs 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 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 de 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 l'Hospitalisation à domicile (HAD) 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 COPIIL 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/ Établissements 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 ;
- enquête 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, reconnues ou non, les limitations fonctionnelles font obstacle au recours au dépistage. Cette enquête a donné lieu à la publication du rapport de l'Irdes n°560 « 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 » (juin 2015) 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 établissements 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 30M€ 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 (plus de 9 mois)
	Responsables associés : LNCC (Ligue); ARS	Partenaires :		
	Jalon	Fin prévue le	État du Jalon	
	"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	En cours - Retard (plus de 9 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, l'enquête en cours 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, Évaluation et le département Organisation et Parcours de Soins de l'INCa, porte sur les soins palliatifs enfants/adultes et fera un focus sur les traitements 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 :		
	Jalon		Fin prévue le	État du Jalon
	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 (plus de 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 (plus de 9 mois)

La DGOS a consacré depuis 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.

À 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 à travers divers outils (répertoires régionaux de ressources par exemple) ;
- élargir 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 (AJA). L'organisation attendue au niveau de chaque région a été définie par une instruction nationale DGOS/INCa parue le 29 mai 2016 et son déploiement est en cours au niveau régional. 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 de 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 oncologiques 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.

Les travaux relatifs à l'évolution du régime des autorisations en cancérologie, pilotés par la DGOS et qui ont démarré en juin 2018, questionneront les modifications utiles à apporter au dispositif réglementaire pour mieux prendre en compte les soins oncologiques de support.

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%)	Retard (moins de 3 mois)
	Responsables associés :	Partenaires : LNCC (Ligue)		
	Jalon	Fin prévue le	État du Jalon	
	Restitution de l'évaluation de l'expérimentation de l'élaboration de schémas départementaux de services aux familles	01/06/15	Terminé	
	Organisation d'une réunion avec les partenaires de cette action sur les suites de la circulaire de 2015 sur de la démarche de mise en œuvre des schémas départementaux des services aux familles	31/01/16	Terminé	
	Réunion avec les partenaires sur les suites de la circulaire de 2015 : démarche de mise en œuvre des schémas départementaux des services aux familles	31/12/16	Terminé	
	Publication des textes d'application de la loi 2018-727	31/12/18	En cours - Retard (moins de 3 mois)	

La loi n°2018-727 pour un État au service d'une société de confiance a été promulguée le 10 août 2018. Elle comprend un article 50 qui habilite le gouvernement à légiférer par ordonnance dans le secteur de l'accueil du jeune enfant. Une consultation professionnelle, en cours depuis septembre 2018, devrait se tenir jusqu'en janvier 2019, en vue de la publication des textes en 2019.

Dans ce cadre, plusieurs points sont à souligner :

- l'affirmation d'un principe selon lequel les modes d'accueil collectif et individuel doivent collaborer pour proposer les réponses les plus adaptées aux besoins spécifiques des familles, notamment les plus fragiles ;
- la création par la loi de comités départementaux de services aux familles, espaces locaux de travail partenarial entre l'ensemble des acteurs de l'accueil du jeune enfant, les mieux à même de concevoir des solutions sur mesure.

Par ailleurs, la stratégie nationale de soutien à la parentalité 2018-2022 « Dessine-moi un parent » a été publiée le 2 juillet 2018 ; ses instances de pilotage ont été mises en place entre juillet et septembre 2018. Celles-ci déclineront d'ici janvier 2019 la stratégie en huit feuilles de route opérationnelles, en vue d'une déclinaison concrète sur les territoires à compter du premier trimestre 2019. La stratégie nationale de soutien à la parentalité comporte des orientations dont la mise en œuvre permettra de multiplier les réponses aux personnes concernées, notamment pour favoriser la proposition d'offres de soutien à la parentalité concourant à la suppléance et au relais parental en facilitant la prise en charge parallèle des enfants ou de certains d'entre eux, y compris de manière provisoire et informelle.

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 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%)	Retard (de 3 à 9 mois)
Responsables associés : DGS		Partenaires : LNCC (Ligue); DGOM		
Jalon			Fin prévue le	État du Jalon
Analyse des expériences conduites en matière d'hébergement en appui aux prises en charge hospitalières itératives : veille nationale et internationale			30/06/15	Terminé
Constitution d'un groupe de travail ad hoc avec pour objectifs : analyse des besoins, cadrage de la cible			30/06/15	Terminé
Définition des leviers de mise en œuvre			30/06/16	Terminé
Mise en œuvre, appuyée le cas échéant sur un dispositif législatif			30/06/18	En cours - Retard (de 3 à 9 mois)

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 inclut 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'État 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	6 sur 6 (100%)	Achevée
	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 nécessite une prise en charge adaptée. Les « lits d'accueil médicalisés » (LAM) prennent en charge des personnes sans domicile atteintes de lourdes pathologies. Les dispositifs LHSS et LAM répondent aux enjeux de lutte contre la grande exclusion portés notamment par les politiques de prévention et de lutte contre l'exclusion. Leur déploiement sur l'ensemble du territoire national n'est toutefois pas encore achevé. Une étude est en cours sur la caractérisation au plan qualitatif de l'efficacité des dispositifs en vue de favoriser l'inclusion sociale des personnes accueillies ainsi que des préconisations sur l'amélioration des articulations entre les acteurs de l'hébergement et de l'insertion et du soin.			
	Au 31 décembre 2017, 1 496 places de LHSS et 510 places de LAM ont été financées. En 2018, l'essentiel des crédits est mobilisé sur le financement des 200 places de LHSS et des 150 LAM créées en 2017 sur 9 mois. À ceci s'ajoutent la création de 55 nouvelles places de LHSS et 40 places de LAM (instruction interministérielle N°DGCS/SD1/SD5C/DGS/DSS/DB/2018/127 du 22 mai 2018 relative à la campagne budgétaire pour l'année 2018 des établissements et services médico-sociaux accueillant des personnes confrontées à des difficultés spécifiques).			
	On notera que la stratégie nationale de prévention et de lutte contre la pauvreté, présentée le 13 septembre 2018 par le président de la République Emmanuel Macron, prévoit d'augmenter les solutions d'accompagnement social renforcé et d'accès aux soins des publics vulnérables, avec le déploiement de 1 450 places de lits d'accueil médicalisé (LAM) et lits halte soins santé (LHSS) et 1 200 places supplémentaires d'appartements de coordination thérapeutique (ACT) d'ici 2022 (soit une augmentation de 25 % de l'ONDAM médico-social spécifique).			

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		
7.14	Promouvoir le développement de programmes d'éducation thérapeutique des patients.	INCa	5 sur 10 (50%)	Retard (plus de 9 mois)
	Responsables associés : DGOS	Partenaires : LNCC (Ligue); ARS; IReSP		
	Jalon		Fin prévue le	État du Jalon
	Lancement AAP éducation thérapeutique des patients sous chimio orale : cf. action3.3		15/03/14	Terminé

Jalon	Fin prévue le	État du Jalon
Nutricancer (Éducation 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 (plus de 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 (plus de 9 mois)
Diffusion du rapport "ETP traitements médicamenteux en Soins oncologiques de support"	30/06/18	Non débuté - Retard (de 3 à 9 mois)
Organisation d'un séminaire global sur l'ETP en cancérologie	31/12/18	Non débuté - Retard (moins de 3 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 en 2019.		

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)	12 sur 14 (86%)	Planning respecté
	Responsables associés : DGS; INCa	Partenaires :		
	<p>L'expérimentation a été recentrée sur deux territoires pilotes : Grand Est et Pays de la Loire.</p> <p>Deux types de formation sont proposés par la Ligue contre le cancer aux patients ressources : une formation de 2 jours pour les patients ressources témoins et une formation de 6 jours (3 fois 2 jours) pour les patients ressources parcours.</p> <p>Au 31 décembre 2018 : 136 patients ressources témoins, 53 patients ressources parcours et 25 modérateurs sont formés.</p> <p>La journée patient ressource organisée le 1er juin 2018 a réuni une cinquantaine de participants et permis de favoriser les échanges sur le dispositif, la méthode, les pratiques, les difficultés rencontrées et de faire émerger des propositions concrètes d'évolution.</p> <p>La première 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). Un échantillon d'établissements représentatifs de la diversité des structures sur le territoire (centre de lutte contre le cancer, CHU, CH, cliniques privées) a été sélectionné.</p> <p>La seconde phase d'évaluation est achevée et s'est appuyée sur 15 visites dans les établissements de santé. Les acteurs rencontrés sont l'équipe médicale et soignante référente de l'expérimentation, les patients ressources et certains patients bénéficiaires.</p> <p>Les différents outils et questionnaires de suivi continuent d'être alimentés au fil de l'eau par les parties prenantes de l'expérimentation.</p> <p>Au 31 décembre 2018, 2 250 questionnaires d'évaluation au total sont recueillis à chaud auprès des professionnels de santé ayant bénéficié du témoignage d'un patient ressource, ainsi que 216 évaluations à chaud de patients ressources témoins et 47 évaluations de modérateurs.</p> <p>Des questionnaires « à froid », six mois après avoir bénéficié d'un témoignage, sont régulièrement adressés aux futurs professionnels de santé ayant accepté d'être recontactés : au total 2 000 personnes sont interrogées pour un taux de réponse moyen de 40 %, ce qui devrait permettre d'obtenir environ 800 réponses au 31 décembre 2018.</p> <p>Un questionnaire évaluant la satisfaction des patients ressources concernant leur formation a recueilli un taux de réponse de 92 % soit 96 réponses pour 104 envois. De nouveaux envois seront programmés en 2019 pour les patients ressources ayant été formés en 2018.</p> <p>Enfin sur les 58 patients bénéficiaires interrogés dans le cadre du volet Parcours, 27 réponses ont été enregistrées soit un taux de réponse de 47 %. 23 patients ont par ailleurs pu être réunis dans le cadre de focus groupes ayant permis d'échanger sur le dispositif.</p> <p>De nouveaux participants vont être interrogés, en veillant à ce qu'un délai raisonnable permette de recueillir des témoignages étayés.</p> <p>Les témoignages des patients ressources témoins et l'intervention des patient ressources parcours se poursuivront tout au long de l'année 2019, avec une évaluation en continu de leurs interventions et un bilan final.</p>			

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 5 (40%)	Retard (plus de 9 mois)
	Responsables associés : LNCC (Ligue)	Partenaires :		
	Jalon	Fin prévue le	État du Jalon	
	7.16.1 : Réflexion d'équipe - process de collaboration - création formulaire	30/09/14	Terminé	
	7.16.1 : Validation process final	31/12/14	Terminé	
	7.16.1 : Réception premiers résultats d'essais	30/11/15	En cours - Retard (plus de 9 mois)	
	7.16.1 : Publication premiers résultats d'essais	30/06/16	En cours - Retard (plus de 9 mois)	
	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 contre le cancer, responsable de la mise en œuvre de la relecture 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	6 sur 8 (75%)	Retard (moins de 3 mois)
	Responsables associés : DGOS; LNCC (Ligue); INCa	Partenaires : ARS		
	Jalon		Fin prévue le	État du Jalon
	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	Terminé
	Enquête auprès des oncologues et des patients (associations) en vue de définir les besoins d'information des patients et des professionnels		31/12/17	Terminé
	Évaluation 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
	Intégration de la notion de préservation de la fertilité dans le dispositif d'annonce tel que défini dans l'action 7.2 pilotée par l'INCa		31/12/18	Terminé
	Recensement des référentiels existants et développement de recommandations en lien avec l'INCa		31/12/18	En cours - Retard (moins de 3 mois)
	Recensement des travaux de recherche en cours et veille scientifique		31/12/18	En cours - Retard (moins de 3 mois)
	<p>L'intégration de la notion de préservation de la fertilité dans le dispositif d'annonce est acquise (document validé par le comité des expertises de l'INCa en octobre 2018 qui sera publié en 2019).</p> <p>Une mise à jour du référentiel « Cancer et fertilité » de l'AFSOS (2013) est en cours de labellisation par l'INCa, en tant que recommandation nationale (dans le cadre de la procédure de labellisation des référentiels nationaux et des recommandations de bonnes pratiques en oncologie de l'INCa). Le document finalisé sera soumis pour labellisation par l'INCa au cours du troisième trimestre 2019.</p> <p>L'enquête auprès des oncologues et des associations, menée par l'ABM, est finalisée. Les résultats sont disponibles et seront présentés en janvier 2019 au COPIL.</p>			

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		
	Jalon		Fin prévue le	État du Jalon
	Concertation avec le groupe de travail cancéropédiatrie		31/12/15	En cours - Retard (plus de 9 mois)
	Déploiement de la plateforme d'observation des cancers pédiatriques Cohoper		30/06/16	Terminé
	<p>Plusieurs éléments nous serviront de base de travail pour réaliser cette action :</p> <ul style="list-style-type: none"> - 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 oncologie »). <p>Par ailleurs, la Ligue a soutenu plusieurs projets de recherche « enfants, adolescents et cancer » en 2016.</p> <p>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.</p>			

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 (plus de 9 mois)
	Responsables associés :	Partenaires :		
	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
	Étude de faisabilité d'une enquête auprès des professionnels de premier recours sur le suivi et la prévention des séquelles		30/06/17	Non débuté - Retard (plus de 9 mois)
	Enrichissement des contenus Plateforme Cancer Info par des informations sur les séquelles, à destination des patients		31/12/17	En cours - Retard (plus de 9 mois)
	Synthèse enquête rôle du premier recours dans le suivi et la prévention des séquelles et préconisations		30/06/18	Non débuté - Retard (de 3 à 9 mois)
	Les résultats des enquêtes VICAN 2 et VICAN 5 (juin 2018) et des travaux européens réalisés dans le cadre de CANCON, sont en cours d'exploitation.			
	Les travaux pour enrichir le contenu de la plateforme Cancer Info ont commencé avant le Plan cancer 2014-2019, 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. Ces guides sont mis à jour au fil des années et des évolutions dans les traitements.			
	Il n'y a pas de date de fin pour cette action, tant que la collection sera diffusée par l'INCa.			

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	Systématiser l'accompagnement au sevrage tabagique des malades atteints de cancer.	DGS	7 sur 12 (58%)	Retard (plus de 9 mois)
	Responsables associés : INCa	Partenaires : MILDECA		
	Jalon		Fin prévue le	État du Jalon
	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 (plus de 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
	Inscription systématisée de la consommation de tabac et de son suivi dans les nouveaux éléments du dossier du patient atteint de cancer (PPAC)		30/06/18	En cours - Retard (de 3 à 9 mois)

Jalon	Fin prévue le	État du Jalon
Inscrire l'organisation d'un accompagnement au sevrage tabagique dans les critères d'autorisation cancer dans les nouveaux référentiels : définition du critère et calendrier	30/06/18	En cours - Retard (de 3 à 9 mois)
Inscription du statut tabagique des patients atteints de cancer, et de son évolution, dans le DCC	31/12/18	En cours - Retard (moins de 3 mois)
Prévention du tabagisme chez l'adolescent et le jeune adulte ayant ou ayant eu un cancer	31/12/18	Non débuté - Retard (moins de 3 mois)

Le remboursement d'un forfait nicotinique de substitution à hauteur de 150 euros a été disponible entre 2015 et 2018 pour les patients atteints de cancer. Ce forfait a été supprimé en 2018, mais plusieurs traitements nicotiniques de substitution (TNS) sont désormais remboursables à 65 % par l'Assurance maladie.

Pour permettre une intégration de l'arrêt du tabac dans le traitement des cancers, l'INCa a mis à la disposition des professionnels de santé un document d'aide à leur pratique (mars 2016). 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.

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 pour le PPS à l'INCa, 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 2019.

Par ailleurs, il est prévu de décaler le guide pour les patients ayant un cancer, à la fin 2019. Ce retard est du au fait que la production de l'expertise scientifique sur nutrition et alcool pour les patients atteints de cancer, ne sera publiée qu'à la mi-2019. Toutefois, un outil web d'évaluation des risques va être développé, prenant en compte les comportements de santé et les antécédents familiaux dans la prédiction des maladies cardiovasculaires après un cancer pédiatrique.

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)
Informier 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 (plus de 9 mois)
Support d'information pour les patients sur la prévention tertiaire qui intègre des messages relatifs à la consommation d'alcool			30/06/18	Non débuté - Retard (de 3 à 9 mois)
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 (Santé publique France/INCa). Un avis d'expert a été publié sur le sujet le 4 mai 2017.				
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.				
L'impact de la consommation 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 en 2019.				
L'ensemble de ces éléments permettront d'inscrire alors des messages clairs dans les recommandations de traitement et dans les guides patients.				

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 (plus de 9 mois)
Responsables associés : DGS		Partenaires : ARS		
Jalon			Fin prévue le	État du Jalon

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
Mieux informer 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 (plus de 9 mois)
Diffuser des conseils de prévention auprès de patients atteints de cancer	30/06/18	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 est en cours, en cohérence avec les nouveaux éléments réglementaires 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>Les premiers guides HAS d'aide à la prescription de l'activité physique ont été publiés en septembre 2018. Le référentiel spécifique cancer est prévu pour 2019.</p> <p>De plus, un travail d'expertise sur l'impact des autres facteurs nutritionnels (alimentation, poids, alcool) a été initié en octobre 2017 par l'INCa, avec des conclusions prévues en 2019.</p> <p>L'impact des facteurs nutritionnels (alimentation, poids, alcool) sur la qualité de vie ainsi que la morbi-mortalité des patients atteints de cancer est en cours d'évaluation dans le cadre d'une expertise initiée à l'INCa en octobre 2017 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
8.7	Favoriser l'observation et la recherche dédiée à la prévention des risques de second cancer.	Fondation ARC	6 sur 8 (75%)	Retard (de 3 à 9 mois)
Responsables associés : INCa; IReSP		Partenaires :		
Jalon			Fin prévue le	État du Jalon
Validation du calendrier des actions à mener sur la durée du Plan par les responsables de l'action, identification de partenaires potentiels			31/12/14	Terminé
Pour la mise en œuvre des actions proposées : identification des chercheurs/acteurs terrain à solliciter + concertation			30/06/15	Terminé
Publication du rapport INCa sur le tabagisme des patients atteints de cancer			30/06/15	Terminé
Colloque/journée workshop réunissant les acteurs potentiellement intéressés par les AAP qui seront lancés			31/12/15	Terminé
Lancement de l'AAP action 8.7			30/06/16	Terminé
Mise en place des projets sélectionnés via l'AAP action 8.7			31/12/16	Terminé
Évaluation à 12 mois du projet de 24 mois financé dans l'AAP			30/06/18	En cours - Retard (de 3 à 9 mois)
Évaluation à 18 mois des projets de 36 et 48 mois financés dans l'AAP			31/12/18	En cours - Retard (moins de 3 mois)

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.

Les premières évaluations intermédiaires à 18 mois des projets de Rodrigue Allodji, Marina Kvaskoff, et Marina Touillaud sont en cours. Enfin, concernant le projet Ninot, le rapport intermédiaire a été adressé et le rapport financier vient d'être validé.

Rappel des 5 projets financés à parts égales entre la Fondation ARC pour la recherche sur le cancer 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 : Évaluation 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) - Étude 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	4 sur 7 (57%)	Retard (plus de 9 mois)
	Responsables associés :	Partenaires : LNCC (Ligue)		
	Jalon		Fin prévue le	État du Jalon
	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	Terminé
	Information des parents sur les dispositifs réglementaires en place, notamment l'accès aux aménagements pour le maintien de la scolarisation et la gratuité du CNED après 16 ans		01/09/17	En cours - Retard (plus de 9 mois)
	Information des parties prenantes de l'Éducation nationale sur les 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 (plus de 9 mois)
	Publication de la circulaire		31/12/17	En cours - Retard (plus de 9 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 renovera 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 sont envisagés. La DGESCO a rencontré les représentants de la Ligue à cet effet. À 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 : http://www.cned.fr/professionnels-formation/familles-itinérantes/convention-écoles-collèges), 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, interministérielle, est prévue pour juin 2019, en lien avec celle concernant l'assistance pédagogique à domicile ainsi que le protocole d'organisation des soins et des urgences en milieu scolaire.</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 la 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, 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		
Jalon			Fin prévue le	État du Jalon
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
Étude 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 (plus de 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 (plus de 9 mois)
Examen des conditions de diffusion de ressources, à destination des acteurs de l'entreprise			30/06/18	Non débuté - Retard (de 3 à 9 mois)
Diagnostic des actions envisagées dans le cadre de la négociation collective (notamment le volet maintien dans le cadre des accords TH)			31/12/18	En cours - Retard (moins de 3 mois)

Dans le cadre de la mise en œuvre 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. Une cartographie de l'offre existante d'accompagnement et des dispositifs en faveur du maintien en emploi des travailleurs en risque de désinsertion professionnelle a été élaborée. Elle est destinée aux salariés, aux employeurs et aux organismes accompagnant des personnes dont l'état de santé est susceptible d'avoir des répercussions sur l'emploi. Elle a été élaborée par un groupe de travail constitué de la DGEFP, de la DGT et des acteurs mobilisés sur la question : l'Agefiph, l'Assurance maladie, le RSI, le FIPHFP ; la CNSA et la MSA.

Le schéma retrace le parcours de maintien des personnes, selon leur statut, au moyen de quatre grandes étapes :

- détection des situations à risque ;
- diagnostic de situation ;
- recherche et mise en œuvre des solutions de maintien ;
- situations à l'issue du parcours.

Les liens entre le Plan régional d'insertion des travailleurs handicapés (PRITH) et le Plan régional de santé au travail (PRST) sont inscrits dans les engagements nationaux ; leur construction est accompagnée dans les territoires.

La loi du 5 septembre 2018 pour la liberté de choisir son avenir professionnel prévoit dans son article 1 que le compte personnel de formation d'un bénéficiaire de l'obligation des travailleurs handicapés est alimenté par une majoration dont le montant est défini par décret. La loi prévoit également dans son article 2 la reconnaissance des activités bénévoles ou de volontariat pour l'aide apportée aux personnes en situation de handicap, permettant d'acquérir des heures inscrites sur le compte personnel de formation.

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		
	Jalon	Fin prévue le	État du Jalon	
	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	
	Élaboration 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 (plus de 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	
	Mise en ligne de ressources sur le maintien en emploi sur "www,travailler-mieux.gouv.fr"	31/07/18	En cours - Retard (de 3 à 9 mois)	

Un rapport final de l'action a été produit qui reprend les différentes actions portées au niveau régional consacrées au maintien en emploi. Des réflexions et échanges ont eu lieu avec différents acteurs relais (organismes complémentaires de santé en particulier) aux fins d'apporter la meilleure information possible aux travailleurs et, plus largement, des acteurs de l'entreprise. Les partenaires sociaux, membres du groupe permanent d'orientation du conseil d'orientation des conditions de travail, ont publié sur cette question, en avril 2018, une déclaration consensuelle assortie d'un communiqué de presse.

Les actions de communication développées par l'Anact et son réseau autour de la question du maintien en emploi, notamment des personnes atteintes de maladies chroniques évolutives, ont rendu moins prégnante la nécessité de réunir un groupe de travail ad hoc sur la diffusion aux acteurs de l'entreprise des ressources dédiées à cette thématique, qui apparaît désormais largement portée et investie par les acteurs nationaux de la santé au travail, diffusée et relayée sur l'ensemble du territoire.

Surtout, la mise en visibilité de la thématique du maintien en emploi permise par le Plan cancer, relayée par le Plan santé au travail 2016-2020, l'a été ensuite par la convention multipartite pour les personnes en situation de handicap lancée en 2017 et la convention d'orientation et de gestion de la branche accident du travail-maladie professionnelle de la Caisse nationale d'assurance maladie 2018-2020, signée en septembre 2018.

Enfin, cette prise de conscience relative aux enjeux du maintien en emploi a favorisé le lancement de divers travaux menés au niveau national. Le rapport rendu par l'IGAS en décembre 2017 sur le maintien en emploi comporte ainsi des recommandations actuellement à l'étude et devraient conduire à rendre plus efficace l'offre de service proposée aux travailleurs. De la même manière, la recommandation de bonne pratique à destination des professionnels des services de santé au travail, pilotée par la Haute Autorité de santé, devrait permettre d'apporter des solutions adaptées aux travailleurs atteints de maladies chroniques évolutives, quelque soit la pathologie concernée. Le rapport de la mission Lecocq, remis en août 2018 au Premier ministre aborde lui aussi la question du maintien en emploi et propose des solutions facilitant le parcours des travailleurs dont la santé est altérée.

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		
	Jalon		Fin prévue le	État du Jalon
	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
	Établir un diagnostic sur la réalité et les enjeux de la coordination (GT SST, CARSAT, DIRECCTE...)		30/06/17	En cours - Retard (plus de 9 mois)
	Décliner l'objectif de prévention de la désinsertion professionnelle dans les CPOM (SSTI, CARSAT, DIRECCTE)		31/12/17	Non débuté - Retard (plus de 9 mois)
	Point d'étape sur la contribution du FACT pour formaliser les conditions de son appui sur le maintien dans l'emploi		30/06/18	Non débuté - Retard (de 3 à 9 mois)
	Suivre les expérimentations lancées au premier semestre 2016		31/12/18	Non débuté - Retard (moins de 3 mois)

La prévention de la désinsertion professionnelle figure parmi les thèmes prioritaires de la convention nationale pluriannuelle multipartite de mobilisation pour l'emploi des personnes en situation de handicap (2017-2020). Signée le 16 novembre 2017, le maintien dans l'emploi devient un axe à part entière de cette convention. Il s'agit d'« amplifier l'action cordonnée en faveur du maintien en emploi pour tous (salariés, non-salariés et employeurs) ». L'objectif général est de renforcer la sécurisation des parcours individuels des travailleurs en risque de désinsertion professionnelle, notamment par un meilleur accompagnement des travailleurs et des employeurs, et de rendre plus lisible l'offre proposée.

Au plan opérationnel, un groupe de travail « maintien dans l'emploi » piloté par la DGEFP en lien étroit avec la Direction générale du travail associe tous les acteurs institutionnels que sont l'Agefiph, le FIPHFP, la Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés (CNAMTS), le Régime social des indépendants (RSI), la Caisse nationale de solidarité et de l'autonomie (CNSA) et la Caisse centrale de la mutualité sociale agricole (CCMSA). Ce groupe de travail a permis d'analyser les 30 recommandations du rapport IGAS relatif à la prévention de la désinsertion professionnelle selon leur niveau de réalisation et de faisabilité. Ces propositions pourront trouver un écho dans la concertation en cours sur la nouvelle offre de services aux personnes en situation de handicap et aux employeurs, ainsi que dans la concertation à venir sur la santé au travail. La DGEFP a saisi la DGT sur le CRPE en septembre 2018 afin de le rendre plus accessible et plus sécurisé pour les bénéficiaires.

La DGEFP pilote également, avec l'Agefiph, le FIPHFP et Pôle emploi, les Cap Emploi qui assurent désormais les missions d'insertion et de maintien en emploi des travailleurs en situation de handicap depuis le 1er janvier 2018.

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		
	Jalon	Fin prévue le	État du Jalon	
	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	
	Organisation et logistique des Assises	30/06/18	En cours - Retard (de 3 à 9 mois)	
	Tenue des Assises	31/12/18	Non débuté - Retard (moins de 3 mois)	
	Les éléments de connaissance sur la question du maintien en emploi recueillis par l'Anact et son réseau durant les expérimentations menées sont à même d'alimenter un temps de valorisation dont le format reste toutefois à définir, notamment en fonction des moyens et ressources, sur le plan humain autant que financier, susceptibles d'être mobilisés par les pilotes et partenaires de l'action.			
	La thématique du maintien en emploi des personnes concernées par les maladies chroniques évolutives est cependant désormais fréquemment débattue dans le cadre d'événements de communications. Tel a été le cas lors du congrès national des services de santé au travail en juillet 2018 à Marseille. Les 3 000 participants ont bénéficié d'une journée entière dédiée, avec plusieurs séquences en plénière, des ateliers et posters. Le travail mené par le réseau Anact-Aract et l'INCa en 2016 et 2017 a été présenté en séance plénière. De la même manière, la journée santé-travail organisée par Présanse (association nationale fédérant les services de santé au travail interentreprise) en octobre 2018 a été l'occasion de présenter les leviers mobilisés par des services de santé au travail en faveur de la prévention de la désinsertion professionnelle et la reprise du travail précoce et progressive.			
	Surtout, l'Anact a prévu d'organiser une matinée d'échange, le 11 décembre 2018 à Paris, en partenariat avec l'Assurance Santé Complémentaire AG2R, rassemblant un certain nombre de branches professionnelles autour de la thématique « maladies chroniques évolutives et travail ».			

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	4 sur 4 (100%)	Achevée
	Responsables associés : LNCC (Ligue); INCa	Partenaires :		
	Les travaux relatifs à la réalisation du dernier jalon ont été finalisés début juillet 2018 où l'ensemble des fiches visant à faciliter les liens entre les MDPH et les services d'oncologie pédiatrique /adolescents et jeunes adultes a été validé. La phase de mise en forme a été poursuivie jusqu'en septembre et les fiches ont été mises en ligne sur les sites de l'INCa et de la CNSA le 25 septembre. Elles ont également été remises aux représentants des services d'oncologie pédiatrique et aux MDPH afin d'être diffusées.			

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	4 sur 6 (67%)	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 six 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	En cours - Retard (plus de 9 mois)
	Étude et analyse de l'offre de soin répartie sur le territoire (DGOS avec la collaboration de l'Atih)		31/12/16	Terminé
	Étude 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	5 sur 6 (83%)	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 candidatures 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 capillaires		30/07/15	Terminé

Jalon	Fin prévue le	État du Jalon
Prothèses capillaires : publication d'un avis de la CNEDIMTS sur la révision des lignes génériques des prothèses capillaires inscrites à la liste des produits et prestations remboursables par l'Assurance maladie	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)
Prothèses mammaires : négociations tarifaires et publications de la nomenclature et avis tarifaires	31/12/15	Terminé

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 cutanéograsseux 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.

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.

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.

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%)	Retard (de 3 à 9 mois)
Responsables associés : DSS		Partenaires : LNCC (Ligue)		
Jalon			Fin prévue le	État du Jalon
Cadrage et lancement du projet			31/03/15	Terminé
Analyse du reste à charge par postes de dépenses selon une approche globale pour les patients atteints de cancer versus une population de comparaison			31/10/15	Terminé
Étude sur les restes à charge nets (mutuelles et assurances complémentaires incluses)			01/07/18	En cours - Retard (de 3 à 9 mois)
<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 : - 1 565€ 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 troisième 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 :		

L'avenant à la convention AERAS signé le 2 septembre 2015 par l'ensemble des parties à la convention prévoit :

- 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 ;
- 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.

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 ;

- 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.

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).

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.

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 :		
Jalon			Fin prévue le	État du Jalon
Mise en place d'un groupe de travail dédié à l'harmonisation des questionnaires de santé, faisant 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 achevés. Le groupe de travail s'est réuni le 21 avril 2017 pour déterminer la méthodologie à adopter.				
Lors de la commission de suivi et de propositions (CSP) de la convention AERAS du 18/10 dernier, son président a indiqué qu'un point serait dressé au sein de cette commission début janvier 2019 sur les travaux préparatoires à ceux du groupe de travail que les assureurs poursuivent actuellement.				

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	3 sur 7 (43%)	Retard (plus de 9 mois)
Responsables associés : LNCC (Ligue); CISS		Partenaires :		
Jalon			Fin prévue le	État du Jalon
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			31/12/16	Terminé
Recueil 2016 des indicateurs statistiques permettant de suivre le fonctionnement de la convention			31/12/17	En cours - Retard (plus de 9 mois)

Jalon	Fin prévue le	État du Jalon
Recueil 2017 des indicateurs statistiques permettant de suivre le fonctionnement de la convention	31/12/18	En cours - Retard (moins de 3 mois)
Les éléments statistiques sur l'année 2017 seront communiqués par les assureurs en fin d'année 2018.		

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. Responsables associés : LNCC (Ligue); IReSP; ITMO cancer; Santé publique France	INCa	19 sur 20 (95%)	Planning respecté
Partenaires :				
<p>L'enquête nationale sur les conditions de vie cinq ans après le diagnostic de cancer (VICAN5) a été publiée en juin 2018. Elle nous renseigne sur la vie quotidienne des personnes atteintes au moment de l'enquête, mais aussi sur leur parcours depuis le diagnostic. Différentes facettes de la vie de ces personnes y sont explorées, notamment :</p> <ul style="list-style-type: none"> - les traitements et le suivi médical ; - l'état de santé à cinq ans du diagnostic ; - l'impact de la maladie et des traitements sur les ressources et l'emploi ; - les difficultés rencontrées dans la vie quotidienne et sociale. <p>Cette enquête s'inscrit dans la continuité de l'enquête VICAN2 sur l'état de santé deux ans après un diagnostic de cancer, publiée en 2014.</p> <p>C'est en partenariat avec les principaux régimes d'Assurance maladie, (Cnam [ex CNAMTS et ex RSI], MSA) et avec l'Inserm que l'Institut national du cancer a mené cette enquête nationale. Les analyses ont été réalisées par des chercheurs de l'UMR 912-SESSTIM. L'ouvrage s'adresse à tous les acteurs de la société civile, aux employeurs et aux acteurs de la lutte contre les cancers : les décideurs, les acteurs de terrain, les professionnels de santé, les malades et leurs proches, ainsi que les chercheurs.</p> <p>Une journée de restitution a été organisée le 20 juin 2018 ainsi qu'une journée de valorisation des données auprès de chercheurs le 21 juin 2018.</p>				

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. Responsables associés : IReSP; ITMO cancer	INCa	6 sur 10 (60%)	Retard (plus de 9 mois)
Partenaires :				
Jalon			Fin prévue le	État du Jalon
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
Étude de faisabilité sur la possibilité de croiser les données sur le parcours professionnel (données 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 (plus de 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 (plus de 9 mois)
Premier rapport d'analyse portant sur le croisement effectif des données de la Cohorte cancer et de la CNAV			30/12/18	Non débuté - 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	8 sur 8 (100%)	Achevée
	Responsables associés :	Partenaires :		
	Au 1er janvier 2017, les buralistes ne peuvent vendre que des paquets et tabac à rouler neutres. La vente des anciens produits est autorisée jusqu'au 31 décembre 2016. Le Conseil d'État 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 (plus de 9 mois)
	Responsables associés :	Partenaires :		
	Jalon		Fin prévue le	État du Jalon
	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 (plus de 9 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 (plus de 9 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 (plus de 9 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	3 sur 3 (100%)	Achevée
Responsables associés : MILDECA; Ministère de l'intérieur		Partenaires :		
<p>Une sensibilisation des maires via des rencontres avec l'association des maires de France est réalisée par la Mildeca. Un module de formation sur le champ Tabac a été inséré dans le CNFPT. Le module de formation de Santé publique et tabac est réalisé dans la formation des polices municipaux.</p> <p>Une convention a été signée entre Mildeca et le CNFPT pour renforcer la prise en compte de la mobilisation contre les conduites addictives dans les différentes formations des agents des collectivités territoriales (en rappelant notamment les pouvoirs de police du maire dans ce domaine).</p> <p>Par ailleurs, les maires sont sensibilisés et amenés à proposer des projets dans le cadre d'un AAP MILDECA « Conduire à l'échelle d'un territoire une action globale en direction des jeunes contre les consommations à risque d'alcool, de cannabis et de tabac ».</p>				

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%)	Retard (de 3 à 9 mois)
Responsables associés :		Partenaires :		
Jalon			Fin prévue le	État du Jalon
Article adopté / entrée en vigueur			31/01/16	Terminé
Entrée en vigueur			20/05/16	Terminé
Réalisation d'un décret sur l'encadrement de la publicité			30/06/18	En cours - Retard (de 3 à 9 mois)

Jalon	Fin prévue le	État du Jalon
Réalisation d'un décret sur l'encadrement de la publicité du vapotage	30/06/18	En cours - Retard (de 3 à 9 mois)
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, la 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%)	Retard (moins de 3 mois)
Responsables associés : MILDECA; Ministère de l'intérieur		Partenaires :		
Jalon			Fin prévue le	État du Jalon
Article dans la loi de Santé sur la preuve de majorité			26/01/16	Terminé
Article adopté			31/03/16	Terminé
Module "Santé Publique et tabac" dans la formation des polices municipales			31/12/16	Terminé
Sensibilisation des maires sur cette mission			31/12/18	En cours - Retard (moins de 3 mois)
Le module de formation de Santé publique et tabac est réalisé 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%)	Retard (moins de 3 mois)
Responsables associés : Santé publique France		Partenaires :		
Jalon			Fin prévue le	État du Jalon
Lancement campagne médias sur les risques du tabac et les services d'aides à distance TIS			31/12/14	Terminé
Lancement campagne médias avec INPES mieux connaître TIS et sa nouvelle application mobile			31/12/15	Terminé
Tarification 3989 non surtaxée			31/12/15	Terminé

Jalon	Fin prévue le	État du Jalon
Agrandissement avertissements sanitaires meilleure visibilité du 3989	31/05/16	Terminé
Une campagne en septembre-octobre 2016 (39 89 TIS Moi(s) sans tabac)	31/12/16	Terminé
Une à deux campagnes en 2017	31/12/17	Terminé
Une à deux campagnes en 2018	31/12/18	En cours - Retard (moins de 3 mois)
Campagne JMST en mai/juin et #MoissansTabac de septembre à novembre 2018.		

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 :		
Évolution 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 (plus de 9 mois)
Responsables associés : CNAMTS; DSS		Partenaires :		
Jalon			Fin prévue le	État du Jalon
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 (plus de 9 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	8 sur 8 (100%)	Achevée
Responsables associés : MILDECA		Partenaires :		
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. 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 premier trimestre 2018.				

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 :		
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 santé.gouv.fr .				

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%)	Retard (moins de 3 mois)
Responsables associés : DSS		Partenaires :		
Jalon			Fin prévue le	État du Jalon
Article débattu au parlement			31/12/15	Terminé
Création d'une redevance pour la surveillance du marché des produits du tabac			31/12/16	Terminé
Fiche PLFSS			31/12/16	Terminé
Perception de la redevance 2017			31/12/18	Non débuté - Retard (moins de 3 mois)

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		
	<p>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.</p> <p>Compétences des polices municipales : mesure non reprise dans les vecteurs législatifs, absence de visibilité sur la possibilité de la porter à nouveau.</p>			

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	4 sur 4 (100%)	Achevée
	Responsables associés : HAS; INCa; Santé publique France	Partenaires : ADALIS; ARS		
	Les travaux ont repris suite à la publication de l'avis d'expert INCa-Santé publique France en mai 2017. Une première partie de l'outil permettant d'évaluer sa consommation devrait être livrée au premier trimestre 2019.			

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	5 sur 5 (100%)	Achevée
	Responsables associés : DGS	Partenaires : LNCC (Ligue); IReSP		
	<p>L'INCa a publié un focus alcool et cancer en mars 2018 reprenant les dernières données scientifiques sur le sujet (données issues des travaux du CIRC sur la part des cancers attribuables à l'alcool + recommandation de l'avis d'expert 2017 publié par Santé publique France et l'INCa sur le discours public sur l'alcool). Une campagne de communication sur le lien alcool et cancer a été lancée en mai 2018.</p>			

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		
	Jalon		Fin prévue le	État du Jalon
	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
	Élaboration d'une information sur l'alcool en "accès universel" (SpFrance)		31/12/16	En cours - Retard (plus de 9 mois)
	Les travaux débiteront au premier semestre 2019.			

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	10 sur 15 (67%)	Retard (plus de 9 mois)
	Responsables associés : Santé publique France	Partenaires :		
	Jalon		Fin prévue le	État du Jalon
	Transmission des repères nutritionnels du PNNS actualisés par l'Anses		31/12/15	Terminé
	Révision des messages sanitaires (SpFrance)		30/06/16	En cours - Retard (plus de 9 mois)
	Publication d'un décret d'application en Conseil d'État 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
	Élaboration et publication par l'ANSP d'un règlement d'usage de la marque Nutri-score		24/05/17	Terminé
	Action de communication annuelle alimentation et /ou activité physique en fonction des orientations suite au PNNS3		30/06/17	En cours - Retard (plus de 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 (plus de 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'État (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	Terminé
	Analyse du HCSP sur les messages nutritionnels sur les publicités		31/12/18	Terminé
	Révision de la Charte CSA visant à promouvoir une alimentation et une activité physique favorables à la santé dans les programmes et les publicités diffusés à la télévision		31/12/18	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'ANSP-SpFrance a lancé en mai 2018 une campagne de communication à la télévision sur le Nutri-Score.

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 leur retard.

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 du HCSP a été publié en mars 2018. Il permettra à Santé publique France, saisie en octobre 2018, de proposer des formulations pour faire évoluer les messages sanitaires en 2019, suite à la formulation des repères nutritionnels du PNNS prévus pour décembre 2018. Ces travaux permettront la révision de l'arrêté du 27 février 2007.

Le rapport sur l'amélioration de l'information nutritionnelle dans la restauration collective établi par l'IGAS, le CGAAER et l'IGAENR a été publié en juin 2018.

À 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.

Après une phase de concertation avec les acteurs concernés et les organisations signataires, le Conseil supérieur de l'audiovisuel proposera une nouvelle Charte alimentaire qui sera signée après accord des parties prenantes, avant la fin 2018.

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		
	Jalon	Fin prévue le	État du Jalon	
	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	
	Évaluation 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	

Jalon	Fin prévue le	État du Jalon
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
Continuer à favoriser la prise en charge par l'activité physique et sportive des personnes en ALD en incitant au développement de programmes et de formations spécifiques pour les personnes atteintes de cancer - par le biais de conventions d'objectifs contractualisées entre les fédérations sportives et le ministère des Sports	31/12/18	En cours - Retard (moins de 3 mois)
Favoriser le développement de l'APA dans le cadre des plans régionaux sport santé bien-être en assurant l'accompagnement des services des DRJSCS (notamment dans la mise en place du référencement de l'offre de pratique adaptée qui vise à favoriser l'accès à la pratique)	31/12/18	En cours - Retard (moins de 3 mois)
Mise en oeuvre d'un nouveau plan sport et santé 2018-2024 visant à renforcer la pratique d'activités physiques et sportives à des fins de santé pour tous, les personnes atteintes de pathologies chroniques - cancer notamment. Déploiement des maisons sport santé	31/12/18	Non débuté - Retard (moins de 3 mois)
Rapport du HCSP (Commission spécialisée des risques liés à l'environnement) - Saisine DGS/DGALN/DGITM de juin 2016 pour identifier des outils nécessaires à l'évaluation des impacts sur la santé dans les documents de planification territoriale : SCoT, PLU, PDU. Consultation du public en novembre 2017	31/12/18	En cours - Retard (moins de 3 mois)
<p>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 ».</p> <p>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) a été retardé : des recommandations ont été formulées pour un nouveau plan. Un nouveau plan vélo et mobilités actives, annoncé en septembre 2018, est en cours d'élaboration. Cette problématique a également été examinée dans le cadre des Assises de la mobilité ouvertes de septembre à décembre 2017. Le projet de loi d'orientation sur les mobilités, actuellement en cours d'élaboration, devrait intégrer certaines mesures du nouveau plan. La mise en œuvre du plan est prévue pour 2019 pour la plupart des mesures. Quatre axes d'action : développement d'aménagements cyclables et amélioration de la sécurité routière (création d'un fonds national « mobilités actives » de 350M€, développement des voies vertes) ; lutte contre le vol de vélos (marquage des vélos, création d'un fichier national, développement des stationnements sécurisés) ; mise en place d'un cadre incitatif reconnaissant le vélo comme un mode de transport pertinent et vertueux (« forfait mobilité durable » qui remplacera « l'indemnité kilométrique vélo » + application à toute la fonction publique d'ici 2020, mesures fiscales) ; développement d'une culture vélo (généralisation du « savoir rouler » d'ici 2022 pour les élèves entrant en 6e, déploiement des plans de mobilité scolaires « pedibus vélobus », encadrement de nouveaux services de mobilité (vélos, scooters en libre service et sans station d'attache).</p> <p>Une nouvelle stratégie sport santé est en cours d'élaboration (copilotée par le ministère des Sports et le ministère des Solidarités et de la Santé) et devrait être lancée officiellement au cours du premier semestre 2019. Celle-ci s'articule autour de 4 axes. Une réflexion est également en cours quant à la création des maisons sport santé qui constituent une des mesures majeures de cette stratégie.</p>		

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 :		
Jalon			Fin prévue le	État du Jalon
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 VHB 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 (plus de 9 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. 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 prévue initialement.</p> <p>L'action débutera en 2019.</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		
Jalon			Fin prévue le	État du Jalon
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	En cours - Retard (plus de 9 mois)
Réglementation pour les TROD communautaires hépatite B (DGS)			31/12/15	En cours - 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

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.

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.

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.

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.

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.

Une évolution de la réglementation pour permettre la réalisation des TROD VHB est engagée. Une première étape est franchie avec l'inscription dans la COG Etat/CNAM 2018-2021 sur le financement FNPEIS nécessaire à l'appel à projet pour leur déploiement. L'ANSM a été saisie afin de préciser la performance de ces tests et a rendu son avis. Il est donc prévu une évolution de la réglementation et un appel à projet en 2019.

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	4 sur 4 (100%)	Achevée
	Responsables associés : DGS; Santé publique France	Partenaires : LNCC (Ligue); ARS; DGOM		
	<p>La mise en place du parcours éducatif de santé (PES) pour les élèves, selon les modalités précisées par la circulaire n° 2016-008 du 28 janvier 2016 continue son déploiement suivant les trois axes de la promotion de la santé : éducation, prévention et protection. L'ensemble des ressources d'accompagnement sont disponibles sur le site eduscol à l'adresse suivante : http://eduscol.education.fr/cid105644/le-parcours-educatif-sante.html.</p> <p>L'accompagnement des équipes éducatives des écoles et des établissements a permis de développer un plan de formation en ligne sur la plateforme Magistère, comprenant des modules à destination des chefs d'établissement et directeurs d'école, des personnels de santé et des enseignants du premier et du second degré ; 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 avec lesquels des conventions de partenariat ont été signées.</p> <p>Le développement de partenariat est concrétisé notamment par une convention signée avec la Ligue nationale contre le cancer le 30 janvier 2017 permettant de soutenir des actions éducatives et un travail collaboratif sur les États généraux de la prévention, dans le cadre du dispositif « Un comité, une école ». Un courrier adressé aux recteurs a permis de faire connaître les actions engagées et demander l'implication des équipes éducatives. De plus, la majorité des comités départementaux de la LNCC participent aux comités départementaux d'éducation à la santé et à la citoyenneté (CDESC) pour mieux harmoniser sur les territoires les actions dans le cadre des priorités académiques. Enfin, le développement d'un site « lig'up » destiné aux jeunes et à la communauté éducative permet de renforcer le partenariat et l'accompagnement des équipes éducatives.</p> <p>Dans le cadre de la convention de partenariat avec le ministère des Solidarités et de la Santé, 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 signées.</p> <p>En partenariat avec le ministère des Solidarités et de la Santé et le ministère de l'Enseignement supérieur, de la Recherche et de l'Innovation, l'Éducation nationale va accueillir à partir de la rentrée scolaire de l'année 2018-2019 des étudiants en santé effectuant un service sanitaire qui va permettre, aux côtés des personnels de l'Éducation nationale, de poursuivre les actions de prévention de la santé auprès des écoliers, collégiens et lycéens.</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	10 sur 10 (100%)	Achevée
	Responsables associés :	Partenaires : CIRC		

L'étude du CIRC financée par l'INCa et intitulée « Les cancers attribuables au mode de vie et à l'environnement en France métropolitaine » a été publiée en juin 2018 (communiqué de presse du 25 juin 2018). Un numéro spécial du BEH a été dédié à cette publication.

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	14 sur 19 (74%)	Retard (plus de 9 mois)
	Responsables associés : Fondation ARC; IReSP	Partenaires :		
	Jalon		Fin prévue le	État du Jalon
	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
	Évaluation à mi-parcours du Programme tabac (+ mise à jour du rapport stratégique)		31/12/17	Non débuté - Retard (plus de 9 mois)
	Lancement de la deuxième vague d'enquête portant sur l'évaluation du paquet neutre (PNRT)		31/12/17	Terminé
	Relance de l'AAP associé au Programme tabac		30/06/18	Terminé
	Relance de l'AAP récurrent Recherche Interventionnelle		30/06/18	Terminé
	Remise du rapport d'évaluation du paquet neutre		30/06/18	En cours - Retard (de 3 à 9 mois)
	Co-portage de l'action coordonnée pour la recherche interventionnelle en santé publique		30/07/18	Terminé
	Participation aux séminaires de l'action coordonnée pour la recherche interventionnelle en santé des populations		30/07/18	Terminé
	Lancement d'actions de soutien à la recherche interventionnelle au service de lutte contre les inégalités face au cancer		30/09/18	En cours - Retard (de 3 à 9 mois)
La chaire en prévention des cancers INCa/IREsp/EHESP a été lancée officiellement le 5 janvier 2016 lors d'une leçon inaugurale. La publication d'un rapport stratégique tabac sera associée à la sortie du prochain appel à projets qui inclura également un axe biologie.				
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.				

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	11 sur 12 (92%)	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, 2 550 interventions dont 2 010 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 troisième 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-Vienne 2016-2020) qui devrait renforcer l'arsenal de valeurs 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 troisième 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 rayonnement 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'État 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	4 sur 4 (100%)	Achevée
	Responsables associés : CNAMTS; INCa	Partenaires :		

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.

Cette recommandation 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.

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		
	Jalon		Fin prévue le	État du Jalon
	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, réalisée par un groupe de travail inter institutionnel 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 sont susceptibles d'être exposés, notamment aux CMR, et de mieux cibler le suivi post-exposition		31/12/17	En cours - Retard (plus de 9 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 (plus de 9 mois)
	Résultats sur le taux de retour global des assurés contactés dans le cadre de la campagne d'information		31/12/18	Non débuté - Retard (moins de 3 mois)
	Les jalons existants de l'action sont en cours, même si des difficultés techniques de mise en œuvre en ont retardé la réalisation.			
	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.			
	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.			
	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.			

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	5 sur 10 (50%)	Retard (plus de 9 mois)
	Responsables associés : ANSES; DGT	Partenaires : INCa; ARS		
	Jalon		Fin prévue le	État du Jalon

Jalon	Fin prévue le	État du Jalon
Évaluation de l'exposition des agriculteurs aux dérivés arsenicaux utilisés comme produits phytosanitaires	31/12/15	Terminé
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	Terminé
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 (plus de 9 mois)
Production d'un rapport sur la situation des mésothéliomes en France	31/12/17	Terminé
Production de la prévalence d'exposition professionnelle au travail de nuit et de l'évaluation de la part de cancers attribuables au travail de nuit	30/06/18	Non débuté - Retard (de 3 à 9 mois)
Production d'indicateurs d'incidence par cancers en fonction des professions et secteurs d'activité	31/12/18	Non débuté - 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 2018.</p> <p>- Analyses RNV3P : changement d'équipe, méthodologie développée, 9 localisations retenues, rapport prévu en 2018. Présentation des résultats lors des journées de restitution du PNR-EST du 2 octobre 2018 : « Expositions professionnelles ou environnementales et risques de cancer ».</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 Île-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	
	Étude 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	
	Étude de faisabilité pour la surveillance multi-sites de l'incidence des cancers autour des centrales nucléaires (InVS/E3)	31/12/15	Terminé	
	Étude pilote sur l'évaluation des expositions environnementales des cas de mésothéliome recueillis dans le cadre de la DO (InVS/E2)	31/12/15	Terminé	

Jalon	Fin prévue le	État du Jalon
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
Étude 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
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 (plus de 9 mois)
Sélection des projets de l'APR PNR EST 2018 retenus pour financement et lancement de l'appel 2019 avec une rubrique "cancer et environnement" (Anses)	01/10/18	En cours - Retard (de 3 à 9 mois)
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	31/12/18	Non débuté - Retard (moins de 3 mois)
<p>La généralisation des enquêtes d'exposition DO- Meso se fera dans le cadre du nouveau dispositif national de surveillance des mésothéliomes (DNSM), en cours de mise en place.</p> <p>Étude nationale évaluant le lien entre pollution atmosphérique et cancer du poumon à partir des données du projet Gazel-Air (InVS/E7). Analyses en cours de finalisation par l'Inserm.</p> <p>Sélection des projets de l'APR PNR EST 2018 retenus pour financement et lancement de l'appel 2019 avec une rubrique « cancer et environnement » (Anses). Le processus de sélection est en cours - Liste de projets retenus pour financement prévu en 2018.</p>		

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		

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) et des actions transversales (mobilisation des territoires, d'amélioration des connaissances et de pérennisation des financements).

La mise en œuvre du PREPA permettra :

- 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 ;
- 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 ;
- de diminuer le nombre de décès prématurés liés à une exposition chronique aux particules fines d'environ 11 200 cas/an à horizon 2030.

Le PREPA est un plan d'action interministériel sur la période 2017-2021 dont le suivi sera assuré par le Conseil national de l'air au moins une fois par an.

La consultation a été conduite du 6 au 27 avril 2017.

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.

Depuis son adoption, 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...).

Au niveau local, des feuilles de route ont été publiées début avril, elles ont été présentées au Conseil national de l'air le 20 mars 2018 et transmises à la Commission européenne. Élaborées depuis plusieurs mois par les préfets de région, en lien avec les acteurs locaux, elles définissent des actions pour améliorer la qualité de l'air dans les 14 zones particulièrement touchées par la pollution atmosphérique.

Focus :

- Le certificat qualité de l'air – ou Crit'air – est un autocollant sécurisé à coller sur le véhicule, qui indique sa classe environnementale en fonction de ses émissions de polluants atmosphériques. Le dispositif permet de favoriser les véhicules les moins polluants avec des modalités de stationnement favorables, des conditions de circulation privilégiées et la possibilité de circuler dans les zones à circulation restreinte (ZCR) ou circuler en cas de pics de pollution. Début avril 2018, 10 millions de vignettes ont été distribuées.
- La prime à la conversion : depuis le 1er janvier 2018, les Français qui veulent acquérir une voiture neuve ou d'occasion récente (Crit'air 1 ou 2) émettant moins de 130gCO2/km peuvent recevoir une aide à hauteur de 1 000€ en mettant au rebut un vieux véhicule polluant. Cette prime est doublée pour les ménages non imposables.

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	5 sur 11 (45%)	Retard (plus de 9 mois)
	Responsables associés : INCa	Partenaires :		
	Jalon	Fin prévue le	État du Jalon	
	Mise à disposition de l'outil Smartphone pour les demandeurs d'examens	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	
	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	Terminé	
	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 (plus de 9 mois)	
	Publication d'un second rapport sur l'état d'avancement du PAC MDIM	30/06/18	En cours - Retard (de 3 à 9 mois)	

Le projet de décision de l'ASN relatif au management de la qualité en imagerie médicale a été soumis à la consultation du public et des parties prenantes et est actuellement en cours de finalisation pour validation par l'ASN.

La lourdeur de la mise à jour du guide de bon usage des examens d'imagerie médicale (GBU) initialement prévue préalablement au lancement de la campagne d'information recentrée sur les demandeurs d'examens d'imagerie médicale, a imposé de redéfinir les moyens à mettre en œuvre. Le déploiement de la campagne est repoussé en 2019.

Le deuxième plan d'action de l'ASN relatif à la maîtrise des doses dans le domaine de l'imagerie médicale a été adressé au ministre des Solidarités et de la Santé pour avis. Sa publication, 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, reste conditionnée par celle 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.

Tel est également le cas de la publication des guides appelés par la décision n°2017-DC-0585 relative à la formation continue des professionnels à la radioprotection des personnes exposées à des fins médicales dont le processus d'approbation par l'ASN est en cours.

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 (plus de 9 mois)
	Responsables associés : Santé publique France	Partenaires : INCa		
	Jalon		Fin prévue le	État du Jalon
	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
	Élaboration 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	En cours - Retard (plus de 9 mois)
	Étude des modalités et des impacts de l'interdiction de vente d'appareils de bronzage au public en France (DGS-DGCCRF)		31/01/18	Terminé
	Formation des animateurs et encadrants d'activités sportives à la prévention des risques solaires (DS)		31/12/18	Non débuté - Retard (moins de 3 mois)

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), interdit la vente ou la cession, y compris à titre gratuit, d'un appareil de bronzage pour un usage autre que professionnel et, d'autre part, prévu des mesures d'encadrement par décret en Conseil d'État (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).

Concernant les campagnes d'information, durant l'été 2016, elles ont été diffusées selon les mêmes modalités que les années précédentes.

En parallèle, en 2015-2016, des travaux de réflexion relatifs à la refonte des campagnes d'information grand public ont été menés et un groupe de travail s'est réuni à plusieurs reprises. Cependant, ces travaux ont été suspendus à la demande de l'ANSP du fait de priorités fortes pour d'autres thématiques. Toutefois, 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.

Enfin, en juillet 2018 ont été publiés les résultats du baromètre cancer 2015 relatifs aux risques liés aux UV naturels et artificiels permettant d'avoir une meilleure connaissance des pratiques et des croyances de la population française vis-à-vis du bronzage artificiel.

Concernant la sensibilisation des animateurs d'activités physiques et sportives sur les risques sanitaires liés aux UV, les fédérations sportives, les établissements publics nationaux (Insep, Creps...) et les services déconcentrés ont été mobilisés pour sensibiliser leur public sur les risques solaires.

Par ailleurs, sur le site dédié à la « prévention été » du ministère des Sports va être intégrée une rubrique spécifique sur les risques solaires.

Concernant l'amélioration de la prise en compte de l'exposition des travailleurs aux risques dus aux rayonnements UV naturels, une réflexion est menée pour voir comment intégrer la prise en compte du risque UV dans le cadre du Plan canicule, notamment en communiquant sur ce risque auprès des professionnels, DIRECCTE, médecins du travail...

Par ailleurs, plusieurs articles ou communications ont été mis en place pour la prévention et la protection des travailleurs contre le risque UV solaire, depuis le lancement du Plan cancer 2014-2019

Enfin, l'ANSES a rendu en janvier 2018 un avis relatif à l'évaluation des risques induits par le changement climatique sur la santé des travailleurs, prenant en compte le risque UV et en juillet 2018 un avis relatif à l'exposition aux ultraviolets artificiels émis par les cabines de bronzage.

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	5 sur 6 (83%)	Planning respecté
	Responsables associés : DGS; Santé publique France	Partenaires :		
	Fiche repère "Traitements hormonaux de la ménopause" publiée en février 2015. Largement reprise par les médias.			
	Une réunion « femmes enceintes-environnement » s'est tenue le 22 mai 2017 avec la participation d'autres agences sanitaires, ARS, et associations avec pour objectifs 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. Santé publique France continue à financer une des associations identifiées et l'INCa est membre de leur comité de pilotage pour les projets en cours.			

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	44 %	31/12/17	%

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	9 sur 12 (75%)	Retard (moins de 3 mois)
Responsables associés :		Partenaires :		
Jalon			Fin prévue le	État du Jalon
A-1) AAP libre Biologie et sciences du cancer-PLBIO2014			31/12/14	Terminé
A-2) AAP thématiques dédiés à la recherche fondamentale-2014			31/12/14	Terminé
B-1) AAP libre Biologie et sciences du cancer-PLBIO2015			31/12/15	Terminé
B-2) AAP thématiques dédiés à la recherche fondamentale-2015			31/12/15	Terminé
C-1) AAP libre Biologie et sciences du cancer-PLBIO2016			30/12/16	Terminé
C-2) AAP thématiques dédiés à la recherche fondamentale-2016			30/12/16	Terminé
D-1) AAP libre Biologie et sciences du cancer-PLBIO2017			31/12/17	Terminé
D-2) AAP thématiques dédiés à la recherche fondamentale-2017			31/12/17	Terminé
E-1) AAP libre Biologie et sciences du cancer-PLBIO2018			31/12/18	Terminé
E-2) AAP thématiques dédiés à la recherche fondamentale-2018			31/12/18	En cours - Retard (moins de 3 mois)
13.1 Général : En 2018, la recherche fondamentale est restée une priorité de la programmation des appels à projets de l'INCa et de l'ITMO Cancer-Aviesan. L'ITMO Cancer d'Aviesan a lancé un nouvel appel à projets intitulé « ARN non-codants en cancérologie : du fondamental au translationnel ». Les appels à projets « Physique, mathématiques, sciences de l'ingénieur appliqués au Cancer » et « Acquisition d'équipement pour la recherche en cancérologie » ont été réédités. Deux nouveaux appels à projets portant sur « Les approches Single cells pour l'étude des processus oncogéniques » et « Développement et intégration de nouveaux modèles expérimentaux pertinents pour la recherche en cancérologie : optimisation de la règle des 3 R » seront lancés avec une exécution budgétaire en 2019.				

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%)	Retard (de 3 à 9 mois)
Responsables associés : DGOS; DGRI		Partenaires :		
Jalon			Fin prévue le	État du Jalon
Validation de la procédure de l'évaluation à mi-parcours des SIRIC 2011&2012			31/10/14	Terminé
Constitution du comité d'évaluation international			30/06/15	Terminé
Auditions des SIRIC par le comité d'évaluation international			31/12/15	Terminé
Mise en place de différents groupes de travail interSIRIC destinés à soutenir le continuum entre recherche fondamentale et recherche clinique			31/12/15	Terminé
Publication des fiches de synthèse de l'évaluation à mi-parcours des SIRIC			31/03/16	Terminé

Jalon	Fin prévue le	État du Jalon
Évaluation de l'organisation et du fonctionnement du continuum dans les SIRIC, à l'issue de l'évaluation à mi parcours	30/06/16	Terminé
Livraison de recommandations à l'issue des réunions des groupes de travail initiés	30/06/16	Terminé
Suivi annuel des activités des SIRIC 2011 et 2012 (quatrième rapport)	31/12/16	Terminé
Validation des rapports finaux des SIRIC 2011	31/12/17	Terminé
Validation des rapports finaux des SIRIC 2012	30/06/18	En cours - Retard (de 3 à 9 mois)
Suivi annuel des activités des SIRIC 2017 (premier rapport)	31/12/18	Non débuté - Retard (moins de 3 mois)

En septembre 2016, dans le cadre de la coordination des SIRIC, ont été organisés sur deux journées :

- 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) et 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.
- 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 programmes 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.

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%)	Retard (moins de 3 mois)
	Responsables associés : DGRI	Partenaires :		
	Jalon	Fin prévue le	État du Jalon	
	Identification des chercheurs Inserm dans le domaine de la bio-informatique	01/12/15	Terminé	
	Réflexion pour le périmètre des nouvelles CSS	02/12/15	Terminé	
	Mise en place de la CSS2 Inserm - Pathologies du développement, hématologie et cancérologie - mandat 2016-2020	01/09/16	Terminé	
	Identification annuelle des lauréats du programme Chaires d'excellence, Atip-Avenir et nouveaux recrutés Concours Inserm en bio-informatique	01/12/16	Terminé	
	Identification annuelle des lauréats du programme Chaires d'excellence, Atip-Avenir et nouveaux recrutés Concours Inserm en bio-informatique	01/12/17	Terminé	
	Identification annuelle des lauréats du programme Chaires d'excellence, Atip-Avenir et nouveaux recrutés Concours Inserm en bio-informatique	01/12/18	Non débuté - Retard (moins de 3 mois)	

- 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.
- Recrutement 2016 de chercheurs et contrats Atip-Avenir dans le domaine de la bio-informatique : évaluation en cours.
- Programme Formation à la recherche translationnelle : +16 % d'augmentation du nombre de candidats.
- Les nouvelles CSS dont la CSS2 ont été mises en place en septembre 2016.
- Deux candidats Atip-Avenir ont été sélectionnés en 2016 dans les domaines bio-informatique-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.
- Trois candidats Atip-Avenir ont été sélectionnés en 2017.
- Quatre Atip-Avenir ont été reconduits en 2017.

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 (plus de 9 mois)
	Responsables associés :	Partenaires :		
	Jalon		Fin prévue le	État du Jalon
	13.5.1 GLOBAL ALLIANCE : signature de l'accord d'adhésion		30/12/14	Terminé
	13.5.1 GLOBAL ALLIANCE troisième 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 Évaluer l'impact de cette mesure sur le nombre de publications en 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 (plus de 9 mois)
<p>En 2017, l'ITMO Cancer d'Aviesan et l'INCa ont représenté la recherche française en cancérologie au Congrès annuel de l'ACR (American Association for Cancer Research) en organisant et animant un stand intitulé « Cancer Research in France ». Cet événement a été réédité au congrès 2018 de l'ACR à Chicago.</p> <p>L'INCa et l'ITMO Cancer d'Aviesan ont aussi co-organisé les 27 et 28 novembre 2017 le Colloque international « Les enjeux et les avancées de l'immunothérapie en cancérologie ». Ce congrès a réuni près de 40 chercheurs français et internationaux et plus de 350 personnes.</p> <p>En 2018, l'ITMO Cancer d'Aviesan a co-organisé avec l'Ariis (Alliance recherche et innovation des industries de santé) la 8e édition des « Rencontres internationales de recherche » sur le thème de l'immuno-oncologie. L'événement avait lieu au palais d'Iéna le 6 février 2018. Il a rassemblé plus de 350 personnes dont 18 délégations d'industriels internationaux et 45 intervenants académiques. Il a permis près de 150 rencontres en face à face (B2B) entre chercheurs académiques et décideurs R&D internationaux.</p>				

IV. OPTIMISER LE PILOTAGE ET LES ORGANISATIONS

O 14 : FAIRE VIVRE LA DÉMOCRATIE SANITAIRE

Indicateur	Valeur	Date	Rappel cible
Étendre la participation des usagers dans les instances de pilotage et de gestion des soins ou de la recherche sur le cancer (100 % en fin de plan) 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	9 sur 10 (90%)	Planning respecté
Responsables associés : DGOS; DGRI		Partenaires : ARS		
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.				
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).				
Le déploiement s'est poursuivi en 2018 avec l'implication des usagers dans les structures de recherche nouvellement labellisées.				

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	4 sur 5 (80%)	Retard (moins de 3 mois)
Responsables associés :		Partenaires : ARS		
Jalon			Fin prévue le	État du Jalon
Benchmark en vue de définir les modalités de la concertation citoyenne et scientifique sur le cancer du sein			30/06/15	Terminé
Finalisation de la troisième vague de recueil d'expériences			31/12/18	Non débuté - Retard (moins de 3 mois)
Représentants d'usagers intégrés dans le fonctionnement des cancéropôles			31/12/18	Terminé
Représentants d'usagers intégrés dans le fonctionnement des SIRIC			31/12/18	Terminé
Réunion d'échanges de pratiques associant représentants des usagers et des professionnels : synthèse des bonnes pratiques			31/12/18	Terminé
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).				
Des réunions d'échange d'expériences, rassemblant des représentants des usagers et d'associations de malades et des professionnels des structures de la cancérologie, sont régulièrement renouvelées, pour identifier les bonnes pratiques en termes d'implication des usagers.				

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%)	Retard (de 3 à 9 mois)
	Responsables associés :	Partenaires :		
	Jalon		Fin prévue le	État du Jalon
	Session consacrée à la démocratie sanitaire lors des Rencontres de l'INCa dédiées au suivi du Plan cancer		30/06/18	Non débuté - Retard (de 3 à 9 mois)
	Bilan et élaboration des bonnes pratiques en matière de participation des usagers dans le champ du cancer dans le cadre du comité de démocratie sanitaire		31/12/18	En cours - Retard (moins de 3 mois)
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.				

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	4 sur 5 (80%)	Planning respecté
	Responsables associés : INCa	Partenaires : ARS		
Plus de 3 millions de bénévoles, membres des 80 associations agréées faisant partie du collectif France Assos Santé ont un accès gratuit à l'ensemble des formations de base et spécifiques dispensées par France Assos Santé et les associations agréées qui la composent dont la Ligue.				
Certaines formations sont proposées à des professionnels de santé. Elles sont peu nombreuses. Il en existe de plusieurs sortes : formation de tous les membres d'une commission des usagers (y compris les professionnels), intégration de professionnels dans des formations destinées aux RU, formation à destination exclusive des professionnels.				
La priorité reste la formation des représentants des usagers qui ne sont pas encore tous formés. De plus, la formation des professionnels a des conséquences en termes d'organisation et de financement qu'il faudra prendre en compte.				

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	7 sur 7 (100%)	Achevée
	Responsables associés : Santé publique France	Partenaires : DGOM		
	<p>PREMIÈRE PUBLICATION D'ESTIMATIONS DE L'INCIDENCE DES CANCERS DANS LES DÉPARTEMENTS DE FRANCE MÉTROPOLITAINE</p> <p>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).</p> <p>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 Île-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.</p> <p>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.</p> <p>MISE EN PLACE D'UN PROJET D'ÉVALUATION DE L'ENVIRONNEMENT SOCIOÉCONOMIQUE DU LIEU DE RÉSIDENCE DES PATIENTS ENREGISTRÉS DANS LES REGISTRES DE CANCER DU RÉSEAU FRANCIM</p> <p>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.</p> <p>Le géocodage consiste à identifier l'IRIS (Îlots 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. À 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.</p> <p>Les données présentant la répartition des cas de cancers du sein, du côlon 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.</p>			

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		
	Jalon		Fin prévue le	État du Jalon
	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)

Jalon	Fin prévue le	État du Jalon
Développement et déploiement du SI	30/06/18	Non débuté - Retard (de 3 à 9 mois)
Finalisation de la reprise de l'historique des données des structures de gestion	31/12/18	Non débuté - Retard (moins de 3 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.

Début 2017, l'évolution du contexte règlementaire (SNDS, décret NIR) et la construction du composant national du DCC ont dû être prises en compte dans le projet.

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), l'architecture globale et le pilotage du système d'information ont été décrits dans le cahier des charges publié par la DGS en mars 2018.

Après un état des lieux des solutions régionales mises en place par les centres régionaux de coordination des dépistages en 2018 et début 2019 (lors de leur régionalisation), 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 d'une concertation et de spécifications en 2019 pour un développement subséquent.

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 3 (100%)	Achevée
Responsables associés : ASIP; DSSIS		Partenaires :		
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 loi 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.				

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	10 sur 10 (100%)	Achevée
Responsables associés : IReSP		Partenaires :		
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%)	Retard (moins de 3 mois)
Responsables associés : DGOS; IReSP		Partenaires :		
Jalon			Fin prévue le	État du Jalon
Publication du rapport 2014 "Situation de la chimiothérapie" (INCa)			31/03/15	Terminé

Jalon	Fin prévue le	État du Jalon
Démarrage de l'étude médico-économique (phase 2) sur la généralisation du dépistage du cancer du col de l'utérus	31/12/15	Terminé
Lancement de l'étude des coûts de l'expérimentation des IDEC (sur la durée de l'expérimentation : 3 ans)	31/12/15	Terminé
Mise à disposition des données actualisées sur les chimiothérapies	31/12/15	Terminé
Démarrage de l'analyse organisationnelle et évaluation médico-économique de la chirurgie ambulatoire du cancer : notification du marché	31/05/16	Terminé
Démarrage de l'étude médico-économique sur le dépistage du cancer colorectal (publication marché fin 2015, notification en 2016) durée marché 2 ans	01/06/16	Terminé
Rapport de l'étude médico-économique (phase 2) sur la généralisation du cancer du dépistage du col de l'utérus	31/12/16	Terminé
Rapport de l'étude médico-économique sur le dépistage du cancer colorectal	31/12/18	En cours - Retard (moins de 3 mois)

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	7 sur 11 (64%)	Retard (plus de 9 mois)
Responsables associés : Santé publique France		Partenaires :		
Jalon			Fin prévue le	État du Jalon
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 (plus de 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
Mise à disposition sur internet des estimations des probabilités brutes de décès à 5, 10 et 15 ans globalement, par sexe, âges et période			30/05/18	En cours - Retard (de 3 à 9 mois)
Mise à disposition des personnels registre d'une banque de cas difficiles issue des réunions de cas difficiles			30/12/18	Terminé
Publication des estimations du risque de second cancer et des estimations de survie après un second cancer			30/12/18	En cours - Retard (moins de 3 mois)

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.

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.</p> <p>L'article L.1111-8-1 du Code de la santé publique (rédaction issue de la loi de 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 en 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 que 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.</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	8 sur 9 (89%)	Retard (de 3 à 9 mois)
	Responsables associés : Santé publique France	Partenaires :		
	Jalon	Fin prévue le	État du Jalon	
	Rédaction d'un cahier des charges sur la création d'un nouveau portail de données intégrant l'open data	30/11/14	Terminé	
	Publication du rapport " Les cancers en France "	28/02/15	Terminé	
	Mise en ligne de la nouvelle version du portail des données	30/12/15	Terminé	
	Publication du rapport " Les cancers en France "	28/02/16	Terminé	
	Rédaction d'un cahier de charges, spécifications techniques et fonctionnelles, pour la mise à disposition des données des registres des cancers	30/06/16	Terminé	
	Publication du rapport " Les cancers en France "	28/02/17	Terminé	
	Développement et mise en ligne du site Internet mettant à disposition les données des registres des cancers	30/06/17	Terminé	
	Publication du rapport " Les cancers en France "	28/02/18	Terminé	
	Évaluation du portail des données et de l'open data	30/06/18	En cours - Retard (de 3 à 9 mois)	
	<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 », il a été 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 (plus de 9 mois)
	Responsables associés : Santé publique France	Partenaires :		
	Jalon	Fin prévue le	État du Jalon	
	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	
	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 (plus de 9 mois)	
	Réunion du comité de pilotage du Portail des données du cancer et de l'open data	30/06/18	Non débuté - Retard (de 3 à 9 mois)	
	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.			

O 16 : OPTIMISER LES ORGANISATIONS POUR UNE PLUS GRANDE EFFICACITÉ

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	31,76 %	31/12/17	%
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'État 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	13 sur 13 (100%)	Achevée
	Responsables associés : ARS; SGMAS	Partenaires : DGOS; DGS		
	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).			
	Un séminaire national des RRC organisé par l'INCa en lien avec la DGOS s'est tenu le 30 juin 2017. Un séminaire national RRC/ARS organisé par l'INCa s'est tenu le 19 décembre 2018.			
	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 s'est tenu les 25 et 26 juin 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 :		

À 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 :		
	Les nouvelles missions des RRC vont être publiées via une instruction DGOS/INCa à destination des Agences régionales de santé d'ici fin 2018. Une nouvelle procédure de labellisation des RRC par l'INCa est en cours d'élaboration. 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		
	Jalon	Fin prévue le	État du Jalon	
	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	
	Lancement de l'étude nationale d'analyse des 3C	30/09/18	En cours - Retard (de 3 à 9 mois)	

La coordination des parcours complexes en cancérologie s'appuie sur l'expérimentation nationale des infirmiers de coordination (IDEC). Celle-ci, conduite depuis 2014 en vue de renforcer les liens entre les acteurs du domicile et de l'hôpital, permet d'accompagner environ 6 000 patients par an. Elle s'adresse à des situations et populations variées : 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. L'étude médico-économique associée à l'expérimentation s'achèvera fin 2018 - début 2019.

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 ou la surveillance de chimiothérapies 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 important pour les établissements d'HAD ;
- 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 consommé ces traitements coûteux (hors liste en sus) : en 2015, ce soutien a été de 4M d'euros, représentant 37 % de la dépense, et en 2016, de 6M d'euros, représentant 65.2 % de la dépense.

Enfin, sur le sujet de l'évolution des dispositifs de coordination en cancérologie, l'INCa a engagé 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 à mettre à disposition des 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	9 sur 10 (90%)	Retard (moins de 3 mois)
	Responsables associés : DGOS; DGRI	Partenaires :		
	Jalon		Fin prévue le	État du Jalon
	Parution du texte de l'appel à candidature Labellisation 2015-2017		19/03/14	Terminé
	Parution des résultats de l'AAC Labellisation 2015-2017		30/09/14	Terminé
	Signature des COPs		29/05/15	Terminé
	Suivi des missions des cancéropôles conformément aux COPs		30/12/15	Terminé
	Suivi des missions des cancéropôles conformément aux COPs		30/06/16	Terminé
	Suivi des missions des cancéropôles conformément aux COPs		30/12/16	Terminé
	Suivi des missions des cancéropôles conformément aux COPs		30/06/17	Terminé
	Suivi des missions des cancéropôles conformément aux COPs		29/12/17	Terminé
	Évaluation des cancéropôles		30/11/18	Terminé
	Résultats de l'évaluation des cancéropôles		28/12/18	Non débuté - Retard (moins de 3 mois)

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	5 sur 5 (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'issue 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 cancéropôles pour renforcer les forces de recherche sur un territoire donné.	INCa	5 sur 8 (63%)	Retard (de 3 à 9 mois)
Responsables associés : DGOS; DGRI		Partenaires :		
Jalon			Fin prévue le	État du Jalon
Recommandations spécifiques suite à la nouvelle labellisation des cancéropôles et section dédiée dans le rapport évaluation mi-parcours SIRIC			31/12/14	Terminé
Critère d'évaluation spécifique dans l'évaluation mi-parcours des SIRIC (évaluation des rapports + auditions)			30/06/15	Terminé
Remarques spécifiques dans la fiche de synthèse de l'évaluation à mi-parcours des SIRIC (si applicable)			31/03/16	Terminé
Section dédiée dans le dossier de candidature de la nouvelle labellisation SIRIC			31/12/16	Terminé
Recommandations spécifiques suite à la nouvelle labellisation des SIRIC			31/12/17	Terminé
Validation des rapports d'activité annuels de suivi des cancéropôles et des SIRIC			30/09/18	En cours - Retard (de 3 à 9 mois)
Organisation de réunions entre les responsables des SIRIC et des cancéropôles afin de présenter les équipes de leur site et territoire			31/12/18	Non débuté - Retard (moins de 3 mois)
Parmi les sept cancéropôles, cinq ont au moins un SIRIC présent sur leur territoire, et jusque trois pour le cancéropôle 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 cancéropôle 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 cancéropôle PACA et le SIRIC Marseille ont signé une charte de partenariat formalisant les relations et interactions entre eux.				
En février 2016, le cancéropôle 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 Cancéropôle ÎdF et aux jurys des appels d'offres Émergence.				
En 2016, le cancéropôle 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%)	Retard (plus de 9 mois)
Responsables associés : Aviesan Sud; ITMO cancer		Partenaires : LNCC (Ligue)		
Jalon			Fin prévue le	État du Jalon
Rapport état des lieux des registres de cancers au Sénégal et en Côte d'Ivoire			31/07/14	Terminé
Soutien réunion annuelle du réseau méditerranéen EUROMED (dec 2014)			25/12/14	Terminé
Renouvellement convention avec les autorités de santé du Sénégal			29/01/15	Terminé
Réunion stratégique OMS			27/04/15	Terminé
Collaborative Center OMS - faisabilité du dépistage du cancer du col par test HPV au Maghreb			30/07/15	Terminé
Préparation réunion groupe prostate AORTIC 2015			03/12/15	Terminé
Soutien au Global Initiative for Cancer Registries de l'IARC			31/12/15	Terminé
Financement d'activités en Côte d'Ivoire et au Sénégal de l'Initiative Mondiale pour le Développement des Registres du Cancer (GICR) pilotée par le CIRC			30/01/16	Terminé
Soutien au Collaborative Center OMS pour dépistage du cancer du col par test HPV au Maghreb			30/01/17	Terminé
Soutien à l'OMS pour la mise en oeuvre des recommandations prévention du cancer du col/ Afrique (Réseau COFAC-Col) & Asie			30/04/17	Terminé
Réunion réseau COFAC-Col - OMS dans le cadre d'AORTIC 2017			15/12/17	Terminé
Préparation projet recherche lymphome - Coopération bilatérale avec les autorités de santé du Sénégal			31/12/17	Terminé
Financement projet WorTH labélisé Union pour Méditerranée pour stratégie de recrutement pour dépistage cancer du col			20/03/18	En cours - Retard (plus de 9 mois)
Avenant à l'accord pour soutien OMS - mise en oeuvre des recommandations prévention du cancer du col/ Afrique et Asie			31/07/18	En cours - Retard (de 3 à 9 mois)
L'INCa apporte son soutien et collabore avec les agences internationales à travers :				
- le 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.				
- une coopération avec AORTIC (l'organisation africaine pour la recherche et l'enseignement sur le cancer), sur le développement de réseaux recherche/santé publique en Afrique francophone ;				
- un engagement fort pour la lutte contre le cancer du col de l'utérus (première cause de décès chez les femmes dans les pays à revenu faible ou intermédiaire) :				
- le financement d'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 (achevé en juin 2018) ;				
- un projet de partenariat africain sur le cancer du col avec un volet de collaboration avec l'UICC pour assurer l'engagement politique et associatif, et un volet OMS pour assurer le suivi technique (2018-2019) ;				
- l'accompagnement au programme du centre collaborateur OMS Méditerranée « Détection précoce et dépistage des cancers ». Ce projet est le volet méditerranéen de l'engagement de l'INCa sur le cancer du col de l'utérus dans le cadre de l'Union pour la Méditerranée (« WORTH », premier projet adopté en santé par les 43 pays). Ce projet connaît un retard d'un an et sera finalisé en juin 2019.				

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%)	Retard (de 3 à 9 mois)
Responsables associés : Aviesan Sud; ITMO cancer		Partenaires :		
Jalon			Fin prévue le	État du Jalon

Jalon	Fin prévue le	État du Jalon
Coopération recherche Institut Pasteur Côte d'Ivoire: préparation projet HPV	27/02/15	Terminé
Coopération recherche Fondation Mérieux : préparation projet HPV Madagascar	19/03/15	Terminé
Coopération recherche Institut Pasteur du Cameroun: financement projet HPV	19/03/15	Terminé
Coopération recherche Fondation Mérieux du Laos : projet HPV - HIV	10/09/15	Terminé
Coopération multilatérale Afrique/ AORTIC recherche/santé publique HPV : séminaire du réseau HPV	31/12/15	Terminé
Coopération multilatérale Afrique-Caraïbe, recherche-santé publ. cancer prostate	15/06/16	Terminé
Coopération Recherche HPV : financement projet au Sénégal	14/10/16	Terminé
Coopération recherche CIRMF - IRD : financement projets de recherche HPV Gabon	15/10/16	Terminé
Coopération recherche Institut Pasteur du Cameroun : financement projet HPV	26/12/16	Terminé
Coopération recherche Fondation Merieux : financement projet HPV Madagascar	31/12/16	Terminé
Coopération recherche Institut Pasteur Côte d'Ivoire : financement projet HPV	31/01/17	Terminé
Élargissement du réseau africain "COFAC-Col" à la RDC	31/03/17	Terminé
Avenant coopération recherche Institut Pasteur Côte d'Ivoire : financement projets de recherche HPV Côte d'Ivoire	31/07/18	En cours - Retard (de 3 à 9 mois)
Coopération multilatérale Afrique-Caraïbe, recherche-santé publique cancer prostate	08/10/18	En cours - Retard (moins de 3 mois)
Financement projet Capt HPV - DK - Évaluation de la sensibilité du test sérique « CaptHPV » chez les femmes sénégalaises	28/12/18	En cours - Retard (moins de 3 mois)
<p>L'INCa participe au financement de la recherche sur le cancer dans les pays du sud et développe les réseaux à travers :</p> <ul style="list-style-type: none"> - l'appui aux partenaires d'Aviesan Sud, 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 ; - le 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 ; - le financement du 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 ; - le financement d'un projet pilote sur dépistage-traitement du cancer du col de l'utérus en Afrique, au Sénégal (2018, en cours). 		

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%)	Retard (de 3 à 9 mois)
Responsables associés : Aviesan international		Partenaires :		
Jalon			Fin prévue le	État du Jalon
Tabac : signature Melbourne Call for international action and research on Tobacco control and cancer			05/12/14	Terminé
Tabac : réunion de l'International Consortium for Action and Research on Tobacco (ICART)			19/03/15	Terminé
Coordination des financeurs européens de la recherche sur le cancer dans le cadre de l'Eranet TRANSCAN-2 : réunion de coordination du WP4			30/09/16	Terminé
Remise du rapport intermédiaire du Workpackage européen 4 « Stratégie, réseaux et recherche scientifique prioritaire »			01/01/17	Terminé
Action conjointe CANCON "Quality Improvement in Cancer Control" : remise du livrable final			28/02/17	Terminé

Jalon	Fin prévue le	État du Jalon
Action conjointe sur les cancers rares : démarrage	31/03/17	Terminé
Eranet FLAG-ERA "Digital Medicine for Cancer" : mise en place des financements conjoints	01/04/17	Terminé
Coordination des financeurs européens de la recherche sur le cancer dans le cadre de l'Eranet TRANSCAN-2 : réunion d'évaluation et de sélection des projets	30/09/17	Terminé
Coordination des financeurs européens de la recherche sur le cancer dans le cadre de l'Eranet TRANSCAN-2 : réunion d'évaluation et de sélection des projets	30/09/18	Non débuté - Retard (de 3 à 9 mois)
<p>L'INCa a participé en mars 2015 au meeting organisé par le CRUK et le NCI, pilotes du groupe de travail créé 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 :		
	L'ITMO Cancer réalise des analyse ex-post de ces programmes afin d'en évaluer l'impact et obtenir des informations sur la communauté scientifique dans les thématiques concernées. L'ITMO Cancer d'Aviesan a aussi organisé plusieurs séminaires de restitution (cf. onglet "Programmation - Ajout de jalons").			

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		
	Jalon		Fin prévue le	État du Jalon
	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
	Élaboration 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
Étude 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
Élaboration, 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
Élaboration, 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 (plus de 9 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. À 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.

À 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 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) ;
- 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).

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. Les travaux d'élaboration du cahier des charges sur la chimiothérapie orale, en cours, tiendront compte d'étapes génériques identifiées dans les recommandations INCa aux médecins sur la gestion des effets secondaires des médicaments de chimiothérapie orale publiées en 2016, 2017 et 2018 ainsi que des recommandations de l'ANAP « Coordination du parcours de soins du patient sous anticancéreux oraux : implémentation des dispositifs connectés » publiées en janvier 2018.

La DGOS envisageait initialement élaborer un projet de cahier des charges à l'attention des ARS sur le cadre organisationnel territorial de la chimiothérapie orale. Il devait fixer des organisations cibles et tenir compte notamment des liens entre l'hôpital et la médecine de ville dans le parcours de soins des patients sur la base notamment de l'état des lieux DGOS précité et des prérequis établis par l'INCa. Les dispositions de l'article 51 de la loi de financement de la sécurité sociale 2018 permettent de réorienter ce projet vers le dispositif d'expérimentation d'innovation en santé qui allie innovation organisationnelle et innovation en termes de financement des coopérations hôpital/ville. De premiers projets régionaux voire interrégionaux sont en cours d'élaboration - sur la base notamment des pré-requis établis par l'INCa -, et devraient être soumis à l'avis du comité technique de l'innovation en santé sur l'expérimentation courant 2019.

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 (PPCO) pour les titulaires d'autorisation d'exercer l'activité de traitement du cancer. À 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 2016 déclarée par les établissements de santé titulaires d'une autorisation de traitement du cancer par chimiothérapie. Le recueil est reconduit en 2017, 2018, 2019 en vue du financement de cette activité dans le cadre des campagnes budgétaires 2017, 2018 et 2019.

Enfin, en application des dispositions de l'article 51 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2018, le ministère des Solidarités et de la Santé (DGOS) et l'Assurance maladie ont lancé en mai 2018 un appel à manifestation d'intérêt afin de sélectionner des acteurs de terrain pour co-construire le cahier des charges d'une expérimentation sur un financement à l'épisode de soins chirurgical, notamment celui de la colectomie pour cancer (les autres prises en charges concernent l'orthopédie).

Cette prise en charge a été choisie car elle comprend des volumes importants, concerne les établissements ex-DG et ex-OQN et sont à forts enjeux de coordination et d'amélioration des soins.

La mise en place d'un paiement à l'épisode de soins chirurgical (comprenant l'amont, le séjour hospitalier et l'aval), en établissant un forfait globalisé de l'ensemble des prestations réalisées par les acteurs impliqués, poursuit un objectif d'amélioration de la qualité, de la sécurité, de l'efficacité des soins et de la satisfaction des patients, grâce notamment à une organisation intégrée fondée sur les bonnes pratiques de prise en charge et la coordination des acteurs intra et extrahospitaliers. Les travaux de co-construction du cahier des charges ont été lancés le 25 septembre 2018 avec les 11 structures sélectionnés pour la colectomie pour cancer dans le cadre de l'appel à manifestation d'intérêt, issues de 7 régions (ARA, Normandie, HDF, IDF, NA, Occitanie, PACA) et représentatives (CH/CHU, CLCC, ESPIC, Privés lucratifs et HIA). Ils devront aboutir à la publication du cahier des charges et d'un appel à projets.

Dès lors, les 11 participants aux travaux d'élaboration du cahier des charges pourront mener l'expérimentation ainsi que d'autres acteurs qui seront sélectionnés dans le cadre de l'appel à projet. Le lancement de l'expérimentation est envisagée pour le premier trimestre 2019.

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	9 sur 9 (100%)	Achevée
	Responsables associés : INCa	Partenaires :		
	<p>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.</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 : appel à candidature en mars 2014 auprès d'équipes de radiothérapie volontaires ; démarrage des enquêtes de coût et de pratiques en juillet 2014.</p> <p>Au total, 63 centres de radiothérapie se sont mobilisés pour l'enquête de pratiques, dont 30 ont participé également à l'étude de coûts.</p> <p>- 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.</p> <p>- 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.</p> <p>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.</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> <p>- 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.</p> <p>- Ce modèle, validé en COPIL du 3 mars 2017, a donné lieu à une première phase d'expérimentation « à blanc » (non valorisée) lancée en mai 2018 après avis favorable de la CNIL 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 avaient 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). À cet effet, un groupe technique DGOS/ATIH sera lancé sur la pondération et la valorisation des schémas de forfaits.</p> <p>Les recommandations « RECORAD » publiées par la SFRO en octobre 2016 contribuent à l'expérimentation.</p> <p>- Le projet d'expérimentation d'un nouveau modèle de financement de la radiothérapie a été présenté, en juillet 2018, au Comité technique d'innovation en santé (CTIS) et a reçu un avis favorable pour la poursuite du projet (expé valorisée) dans le cadre de l'article 51 de la LFSS 2018.</p>			

- 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 cinq 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).

Par ailleurs, la DGOS envisageait initialement d'élaborer un projet de cahier des charges à l'attention des ARS sur le cadre organisationnel territorial de la chimiothérapie orale. Il devait fixer des organisations cibles et tenir compte notamment des liens entre l'hôpital et la médecine de ville dans le parcours de soins des patients sur la base notamment de l'état des lieux DGOS précité et des pré-requis établis par l'INCa. Les dispositions de l'article 51 de la loi de financement de la Sécurité sociale 2018 permettent de réorienter ce projet vers le dispositif d'expérimentation d'innovation en santé qui allie innovation organisationnelle et innovation en termes de financement des coopérations hôpital/ville. De premiers projets régionaux voire interrégionaux devraient être soumis à l'avis du comité technique de l'innovation en santé sur l'expérimentation courant 2019.

3) Le financement de dispositifs de coordination : cg. Le financement de l'expérimentation des infirmiers de coordination en cancérologie (action 16-5).

Enfin, le ministère des Solidarités et de la Santé (DGOS) et l'Assurance maladie ont lancé en mai 2018 un appel à manifestation d'intérêt afin de sélectionner des acteurs de terrain pour co-construire le cahier des charges d'une expérimentation sur un financement à l'épisode de soins chirurgical, notamment celui de la colectomie pour cancer (les autres prises en charges concernent l'orthopédie).

Cette prise en charge a été choisie car elle comprend des volumes importants, concerne les établissements ex-DG et ex-OQN et sont à forts enjeux de coordination et d'amélioration des soins.

4) La mise en place d'un paiement à l'épisode de soins chirurgical (comprenant l'amont, le séjour hospitalier et l'aval), en établissant un forfait globalisé de l'ensemble des prestations réalisées par les acteurs impliqués, poursuit un objectif d'amélioration de la qualité, de la sécurité, de l'efficacité des soins et de la satisfaction des patients, grâce notamment à une organisation intégrée fondée sur les bonnes pratiques de prise en charge et la coordination des acteurs intra et extrahospitaliers. Les travaux de co-construction du cahier des charges ont été lancés le 25 septembre 2018 avec les 11 structures sélectionnés pour la colectomie pour cancer dans le cadre de l'appel à manifestation d'intérêt, issus de 7 régions (ARA, Normandie, HDF, IDF, NA, Occitanie, PACA) et représentatifs (CH/CHU, CLCC, ESPIC, Privés lucratifs et HIA). Ils devront aboutir à la publication du cahier des charges et d'un appel à projets.

Dès lors, les 11 participants aux travaux d'élaboration du cahier des charges pourront mener l'expérimentation ainsi que d'autres acteurs qui seront sélectionnés dans le cadre de l'appel à projet. Le lancement de l'expérimentation est envisagé pour le premier trimestre 2019.

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 :		
	Jalon		Fin prévue le	État du Jalon
	Objectivation de la consommation réelle en molécules onéreuses, en particulier en cancérologie, 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) prévoit la création d'un compartiment de financement innovant pour les molécules onéreuses (MO) en SSR. La mise en place de ce compartiment dédié doit intervenir le 1er janvier 2020 pour l'ensemble des établissements SSR. Il se traduira par le paiement au fil de l'eau aux établissements concernés, de ces molécules sur la base des déclarations FICHCOMP, après application d'un coefficient prudentiel, garant du respect du montant de l'objectif de dépenses de l'assurance maladie en SSR (ODSSR) dédié au financement des molécules onéreuses.

La construction de la liste des MO en SSR (critères d'inscription et de radiation de la liste des MO SSR et étude d'impact) est en cours. Elle doit être établie de façon similaire à celle du MCO avec notamment : l'inscription des spécialités pharmaceutiques par indication et le remboursement des établissements sur présentation de facture.

Il convient de souligner que les médicaments de la liste en SUS MCO font de facto partie de la liste MO SSR et que les molécules onéreuses en SSR sont actuellement financées en sus uniquement pour le secteur sous DAF, sur la base d'une liste publiée sur le site de l'ATIH. Le secteur sous OQN perçoit un forfait médicament journalier pour la pathologie motivant l'admission en SSR et facture en ville les autres médicaments au titre des « pathologies intercurrentes » sans identification du caractère MO.

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 (plus de 9 mois)
	Responsables associés : DGOS	Partenaires :		
	Jalon		Fin prévue le	État du Jalon
	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	En cours - Retard (plus de 9 mois)
	Séminaire de restitution du PAIR cancers gynécologiques		31/12/18	En cours - Retard (moins de 3 mois)
L'ITMO Cancer réalise des analyses ex-post de ces programmes afin d'en évaluer l'impact et obtenir des informations sur la communauté scientifique dans les thématiques concernées. L'ITMO Cancer d'Aviesan a aussi organisé plusieurs séminaires de restitution.				

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%)	Retard (moins de 3 mois)
	Responsables associés : INSERM; DGRI	Partenaires :		
	Jalon		Fin prévue le	État du Jalon
	Benchmark des outils existants		31/12/18	En cours - Retard (moins de 3 mois)
	Évaluation du projet HELIOS (date de point 2012)		31/12/18	En cours - Retard (moins de 3 mois)
	Intégration en routine des données nécessaires pour les équipes INCa et les partenaires		31/12/18	Non débuté - Retard (moins de 3 mois)
	Réflexion institutionnelle		31/12/18	En cours - Retard (moins de 3 mois)
<p>L'INCa a entamé une réflexion sur la définition et les modalités d'évaluation de l'impact des actions de recherche qu'il finance et répondra ainsi à l'objectif du Plan cancer 2014-2019 (action 17.3). La démarche de l'INCa se veut pluraliste et participative. Des réunions ont été organisées en 2017 et en 2018 autour de l'évaluation d'impact des actions de recherche avec plusieurs partenaires nationaux (ex : ANR, HCERES, Inserm, ABM, Ligue contre le cancer, Fondation ARC pour la recherche sur le cancer, AFM, etc.).</p> <p>Ces réunions multi-partenariales ont pour objectif d'échanger sur les différentes méthodes et outils de l'évaluation d'impact des actions de recherche, pour l'amélioration des politiques publiques et des stratégies des différents financeurs de la recherche. Trois groupes de travail ont été constitués et se réunissent régulièrement depuis l'automne 2017.</p> <p>Les thématiques sont :</p> <ul style="list-style-type: none"> - fiche interne d'évaluation ; - exploitation des données du rapport d'activité final ; - mesure d'impact et méthodologie. <p>Une première restitution des travaux a eu lieu le 22 mars dernier. Une feuille de route pour 2018-2019 a été définie avec nos partenaires.</p> <p>Outil HELIOS</p> <p>Lancement d'une étude permettant d'évaluer l'impact des projets financés entre 2007 et 2012 dans le cadre des Programmes d'actions intégrées de recherche (PAIR). Les partenaires de cette étude sont l'Université de New-York (Pr Julia Lane) et l'éditeur UberResearch.</p> <p>Outre ses résultats (attendus au premier semestre 2018), cette étude permettra de valider des méthodologies d'évaluation basées sur le partage de bases de données relatives aux projets financés et de données relatives aux publications scientifiques. Un article scientifique et l'organisation de deux workshops de restitution des résultats (septembre et décembre 2018) sont prévus.</p>				

LES PILOTES
DU PLAN CANCER 2014-2019



Liberté • Égalité • Fraternité
RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

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


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


Agence Régionale de Santé




Caisse nationale de
solidarité pour l'autonomie


alimentation, environnement, travail


HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ


La voix des usagers


Avec les enfants
atteints de cancer
ou de leucémie


Institut de Recherche
en Santé Publique
GIS-IRcSP


Reconnue d'utilité publique
www.arc-cancer.net


AUTORITÉ
DE SÛRETÉ
NUCLÉAIRE


AGENCE DES SYSTÈMES
D'INFORMATION
PARTAGÉS DE SANTÉ


CONTRE LE CANCER




Agence nationale de sécurité du médicament
et des produits de santé


Santé
publique
France

*Comité économique
des produits de santé*


INSTITUT
NATIONAL
DU CANCER

Édité par l'Institut national du cancer
Tous droits réservés - Siren 185 512 777
Conception : INCa
ISSN 2104-953X
ISBN 978-2-37219-420-4
ISBN net 978-2-37219-421-1

DEPÔT LÉGAL AVRIL 2019



Liberté • Égalité • Fraternité

RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

MINISTÈRE
DE L'ENSEIGNEMENT SUPÉRIEUR,
DE LA RECHERCHE ET DE L'INNOVATION

MINISTÈRE
DES SOLIDARITÉS
ET DE LA SANTÉ

RAPPR19

e-cancer.fr

