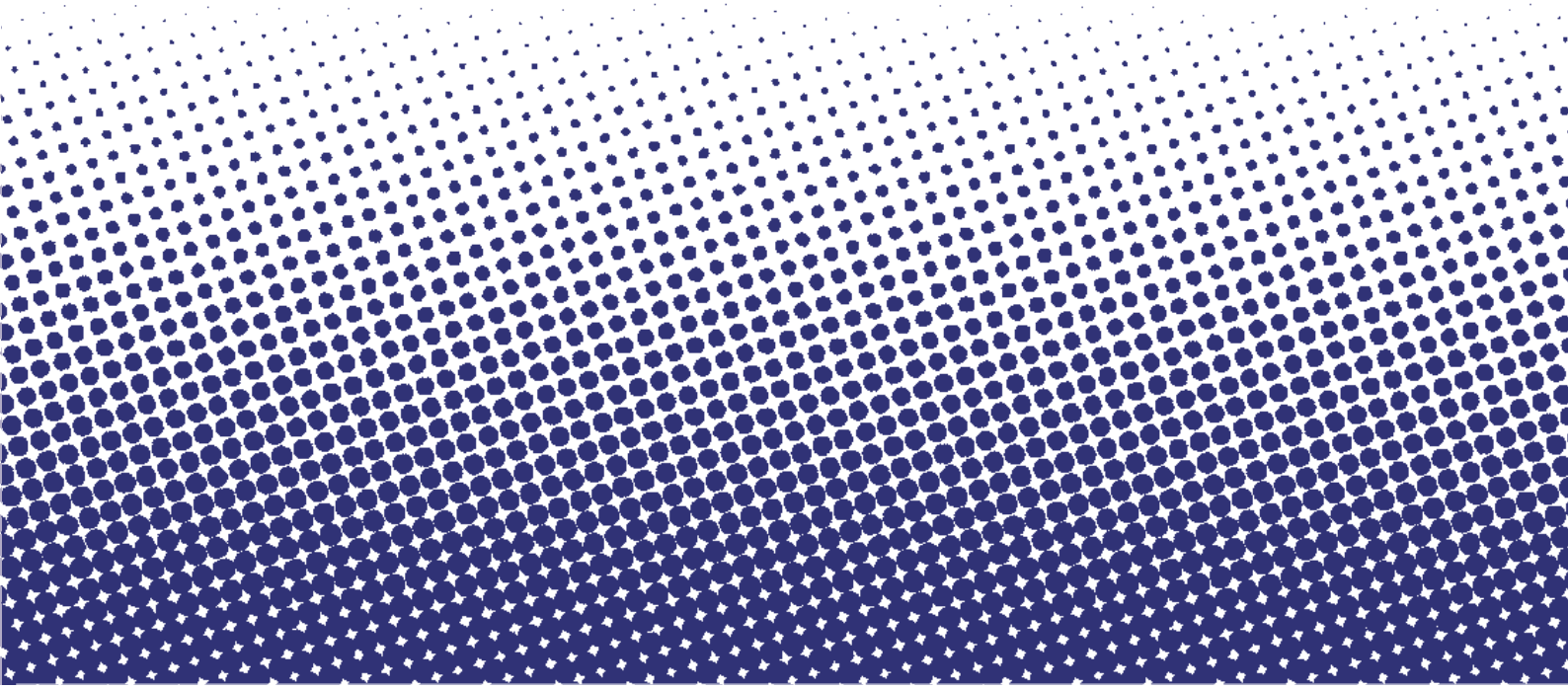
Plan cancer 2009 2013

5e RAPPORT D'ÉTAPE AU PRÉSIDENT DE LA RÉPUBLIQUE

JUIN 2012



Liberté • Égalité • Fraternité
RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

Les pilotes du Plan cancer

Liberté • Égalité • Fraternité
RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

MINISTÈRE
DE L'ENSEIGNEMENT SUPÉRIEUR
ET DE LA RECHERCHE

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

MINISTÈRE
DES AFFAIRES SOCIALES
ET DE LA SANTÉ

MINISTÈRE DE L'ÉCONOMIE,
DES FINANCES
ET DU COMMERCE EXTÉRIEUR

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

Instituts thématiques
Inserm
Institut national
de la santé et de la recherche médicale

Institut de Recherche en Santé Publique
GIS-IReSP

Sécurité sociale
L'Assurance Maladie

CNSA
Caisse nationale de
solidarité pour l'autonomie

anses
alimentation, environnement, travail

HAS
HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

InVS
INSTITUT
DE VEILLE SANITAIRE

www.inpes.sante.fr
inpes
éditions

FONDATION ARC
POUR LA RECHERCHE
SUR LE CANCER
Reconnue d'utilité publique

leciss

CONTRE
LE CANCER
LA LIGUE
101
comités
pour la vie

INSTITUT
NATIONAL
DU CANCER
www.e-cancer.fr

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

Sommaire

PRÉAMBULE : LA GOUVERNANCE DU PLAN CANCER 5

SYNTHÈSE DE L'ÉTAT D'AVANCEMENT DU PLAN CANCER 2009-2013 AU 15 JUIN 2012 7

CHIFFRES CLÉS DU CANCER EN FRANCE 11

PARTIE I : LES ACTIONS REALISÉES OU ENGAGÉES A LA MI 2012 13

PARTIE II : DONNÉES DE PILOTAGE DES 30 MESURES 43

LEXIQUE 131

Le 5ème rapport d'étape au président de la République présente l'état d'avancement du Plan cancer 2009-2013 en juin 2012.

Faisant suite aux quatre premiers rapports semestriels de juin et décembre 2010 puis 2011, il comprend les éléments suivants :

- la présentation de la gouvernance du Plan cancer 2009-2013 ;
- la synthèse de l'état d'avancement du Plan au 15 juin 2012 ;
- les chiffres clés du cancer en France en 2011 ;
- le rapport des actions engagées et réalisées de 2009 à juin 2012 ;
- les données de pilotage établies au 15 juin 2012, comprenant les indicateurs de réalisation par mesure, l'état d'avancement de chacune des actions et le bilan 2009-2011 de l'exécution budgétaire.

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

La gouvernance du Plan cancer 2009-2013

Un comité de pilotage interministériel

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

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

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

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

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

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

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

- **Le suivi de l'exécution budgétaire**

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

- **Le suivi des indicateurs de réalisation**

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

- **Le suivi de l'avancement des actions**

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

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

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

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

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

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

Une mise en œuvre concertée du Plan cancer

La concertation entre les acteurs de la lutte contre le cancer pour la mise en œuvre des mesures du Plan s'effectue notamment à travers les séminaires annuels du conseil d'administration de l'INCa et de ses instances consultatives représentant les malades, les usagers et les professionnels de santé. En 2011, les séminaires ont été consacrés au bilan à mi-parcours de l'avancement des mesures et à une réflexion collective sur des priorités du Plan. Les séminaires 2012 des instances porteront sur des axes thématiques dans une approche prospective.

Les Rencontres annuelles de l'INCa constituent également un temps d'échanges avec des patients, professionnels de santé, chercheurs, institutionnels, associations, élus et journalistes. En 2011, elles se sont tenues le 19 octobre et ont rassemblé plus de 800 participants, autour de l'approche individualisée des traitements, des parcours pendant et après le cancer et de la prévention, à l'occasion de « l'année des patients et de leurs droits ». L'édition 2012 programmée le 4 décembre sera consacrée à la problématique des inégalités de santé face au cancer.

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

L'évaluation du Plan cancer 2009-2013 est placée sous la responsabilité du Haut conseil de la santé publique et, pour ce qui concerne les mesures de l'axe recherche, de l'Agence d'évaluation de la recherche et de l'enseignement supérieur. Une première évaluation à mi-parcours du Plan a été menée par le HCSP, qui a rendu public son rapport le 12 avril 2012. L'évaluation finale interviendra à l'échéance du Plan cancer.

Synthèse de l'état d'avancement du Plan cancer au 15 juin 2012

Le Plan cancer 2009-2013 présente mi 2012 un bilan d'étape encourageant, grâce à l'implication de tous les acteurs et à la mobilisation des ressources programmées.

L'essentiel des mesures du Plan progressent conformément au calendrier prévu et des avancées importantes ont déjà été réalisées dans tous les domaines de la lutte contre le cancer. Les efforts sont à maintenir afin de poursuivre et consolider la mise en œuvre des actions engagées.

Toutefois, certaines mesures sont confrontées à des difficultés de réalisation ou ne parviennent pas encore à atteindre les objectifs attendus. Elles impliqueront de déterminer de nouvelles stratégies d'actions au regard des priorités.

Les moyens sont mobilisés à hauteur des montants programmés pour les trois premières années du Plan cancer

1,95 milliard d'euros sont prévus au total sur 5 ans, sur financement de l'État et de l'Assurance maladie, dont 730 millions d'euros de dépenses nouvelles. **879 millions d'euros ont déjà été exécutés de 2009 à 2011 par l'ensemble des financeurs du Plan**, correspondant à plus de 89 % du montant prévisionnel des trois premiers exercices.

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

En juin 2012, sur les 119 actions du Plan cancer, 101 actions progressent selon le planning prévu et 11 sont déjà terminées, soit 95 % au total. Toutefois, 7 actions apparaissent en retard (voir partie II du rapport – données de pilotage).

Des avancées importantes déjà réalisées, qui nécessitent de maintenir les efforts pour atteindre les objectifs à l'échéance du Plan cancer

Les avancées réalisées mi 2012 portent sur tous les axes du Plan cancer, la recherche, l'observation, la prévention et le dépistage, les soins et la vie pendant et après le cancer. La consolidation des actions engagées implique de maintenir les efforts pour atteindre les résultats attendus à l'échéance du Plan.

1. Le transfert des découvertes scientifiques s'accélère au bénéfice des patients

Le nombre de patients participant aux essais cliniques en cancérologie, qui font progresser les traitements, a augmenté de 63 % depuis 2008, grâce au soutien des projets de recherche clinique (programmes PHRC et STIC[1]) et à une meilleure information des malades et des professionnels. Les 2 premiers sites de recherche intégrée sur le cancer (SIRIC) sont en place pour promouvoir les coopérations entre chercheurs et cliniciens, et de nouveaux projets vont être sélectionnés.

Grâce aux progrès réalisés dans la connaissance des caractéristiques moléculaires des tumeurs, de plus en plus de malades bénéficient d'un traitement personnalisé. Les thérapies ciblées, qui concernent aujourd'hui 7 localisations de tumeurs, sont accessibles pour tous les patients quel que soit leur lieu de prise en charge *via* la réalisation de tests spécifiques par les 28 plateformes hospitalières. Le nombre de patients bénéficiant des tests de génétique moléculaire, qui déterminent l'accès à ces nouveaux traitements, a doublé depuis 2008 (61 000 patients en 2010).

[1] Programme hospitalier de recherche clinique (PHRC) cancer et programme de soutien aux techniques innovantes coûteuses (STIC) en cancérologie

La place de la France dans la recherche sur le cancer au niveau international se renforce. 16 centres d'essais cliniques de phase précoce sont soutenus (INCa-ARC) pour favoriser le développement de nouvelles molécules anticancéreuses, en partenariat avec le National Cancer Institute américain et des laboratoires pharmaceutiques mondiaux. La France participe au programme international ICGC[2], qui vise à séquencer les génomes des principaux types de cancer afin de mieux comprendre le rôle des altérations des gènes dans leur développement (3 programmes sont déjà engagés pour les cancers du foie, du sein et de la prostate, pour une cible de 5 pour la France d'ici 2013).

La structuration territoriale de la recherche sur le cancer en France repose sur les 7 cancéropôles régionaux ou interrégionaux, soutenus par l'INCa et qui mobilisent les acteurs de la communauté scientifique, médicale et industrielle pour développer des programmes interdisciplinaires.

2. La connaissance et l'information sur les cancers s'améliorent pour mieux agir sur les facteurs de risques et promouvoir le dépistage

Afin d'améliorer l'information sur les cancers et la cancérologie face à la dispersion des informations et à la multiplicité des sources, une synthèse des données est réalisée dans le rapport « La situation du cancer en France » (INCa), actualisé et enrichi chaque année. Le Portail des données du cancer est ouvert sur le site www.e-cancer.fr ; il permet un accès dynamique aux principales données actualisées par localisations de cancer et par niveaux géographiques (épidémiologie, recherche, facteurs de risques, dépistage, organisation des soins).

La surveillance de l'incidence et de la mortalité par cancer en France se renforce grâce aux registres (délais de publication des données réduits d'une année). La surveillance des expositions professionnelles va progresser notamment par la mise en place de la déclaration obligatoire du mésothéliome et les recommandations de bonne pratique publiées par la HAS pour la surveillance médicale des travailleurs exposés à des agents cancérigènes (amiante, poussières de bois).

Les principales mesures prévues pour lutter contre la consommation de tabac et limiter l'offre d'alcool ont été prises (avertissements graphiques sur les produits du tabac, interdiction des cigarettes aromatisées, interdiction de vente aux mineurs de 18 ans) et sont accompagnées par un soutien au sevrage tabagique (tabac info service ; remboursement des substituts nicotiniques triplé pour les femmes enceintes). Les connaissances progressent sur les autres facteurs de risques (rapport ANSES « nutrition et cancer », rapports INCa sur les risques UV) et sur les représentations, attitudes et comportements (baromètre cancer Inpes-INCa publié en juin 2012).

Afin d'améliorer la participation au dépistage organisé des cancers, les campagnes d'information sont renouvelées chaque année en direction des publics cibles des programmes (campagnes nationales « Octobre rose » pour le cancer du sein et « Mars bleu » pour le cancer colorectal) et des mesures incitatives sont destinées aux professionnels de santé (nouvelle convention médicale prenant effet au 1er janvier 2012). Les tests immunologiques pour le dépistage du cancer colorectal seront déployés à partir de mars 2013.

3. Les organisations mises en place visent à garantir la qualité des soins et la coordination des prises en charge

Les organisations sont mises en place sur l'ensemble du territoire pour garantir la qualité et la sécurité des soins, assurés par les 885 établissements de santé autorisés pour le traitement du cancer sous le contrôle des agences régionales de santé. Pour renforcer la sécurité dans les centres de radiothérapie, le nombre de radiophysiciens en poste a augmenté de 30 % depuis 2007.

Des prises en charges adaptées se structurent pour répondre aux besoins spécifiques des enfants et adolescents atteints de cancer, des personnes âgées (15 unités de coordination en oncogériatrie soutenues), ainsi que des personnes souffrant de cancers rares (17 centres experts nationaux et réseaux, sur un objectif d'une vingtaine de types de tumeurs).

La qualité de la prise en charge implique aussi de renforcer la coordination entre les professionnels de santé en ville et à l'hôpital, pour assurer la continuité du suivi et une surveillance conjointe avec les médecins traitants. Les parcours personnalisés et coordonnés des patients ont déjà été expérimentés

[2] International Cancer Genome Consortium

auprès de 9 200 patients dans 35 sites pilotes ; l'expérimentation va être approfondie en 2013 en vue de définir les conditions d'un déploiement.

Outil de partage d'informations entre les professionnels de santé, le dossier communicant de cancérologie est en construction au sein du dossier médical personnel (DMP), avec 7 régions pilotes, en vue de définir les conditions de l'interopérabilité et de standardisation du recueil des informations. Des guides ALD pour les médecins traitants, élaborés par la HAS et l'INCa, explicitent l'ensemble du parcours, du diagnostic au suivi, par type de cancer (24 types de cancers sont déjà couverts par un guide sur la cible des 25 localisations les plus fréquentes) ; ces guides sont déclinés progressivement dans une version destinée aux patients.

4. Les parcours personnalisés sont initiés pendant et après le cancer

Afin de mieux prendre en compte les conséquences sociales de la maladie et des traitements, des mesures sont conduites pour repérer les fragilités sociales le plus tôt possible (fiche de détection de la précarité et développement de consultations sociales) et assurer un accompagnement coordonné, à travers le volet social des parcours personnalisés des patients pour favoriser l'accès aux droits (rapport CNSA sur les pratiques de coopérations entre équipes de soin et maisons départementales des personnes handicapées). Les actions engagées visent également à mieux informer les malades sur leurs droits et les démarches à entreprendre : nouvelle édition du guide Cancer Info « démarche sociales et cancer » en mai 2012 ; annuaire départemental des professionnels du secteur social en cours de déploiement par la Ligue contre le cancer ; état des lieux des dispositifs mobilisables pour le maintien et le retour à l'emploi piloté par la DGEFP.

Pour faciliter l'accès aux assurances et au crédit, la mise en œuvre effective des engagements pris par les fédérations du secteur de la banque et des assurances dans la nouvelle convention AERAS fait l'objet d'une vigilance particulière (harmonisation des questionnaires de santé ; nouvelle garantie invalidité ; appréciation du risque par pathologie).

Le premier rapport de l'Observatoire sociétal des cancers, sous l'égide de la Ligue contre le cancer, publié en mars 2012, met en lumière le vécu des personnes malades, au regard de leurs ressources et charges, ainsi que des répercussions des séquelles physiques et psychologiques dans la vie sociale et professionnelle.

Des mesures rencontrent des difficultés de mise en œuvre ou n'atteignent pas encore les cibles attendues

Certaines mesures du Plan cancer rencontrent des difficultés dans leur mise en œuvre ou n'atteignent pas les objectifs attendus. Parmi elles, des actions nécessitent une mobilisation particulière des acteurs pour permettre leur réalisation d'ici la fin du Plan cancer 2009-2013 et au-delà. Elles impliqueront également de définir de nouvelles stratégies d'actions futures.

- **L'évolution de la démographie médicale en cancérologie reste en deçà des objectifs**

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

Cette augmentation doit être accompagnée dans le même temps d'un renforcement de l'encadrement par la création de postes hospitalo-universitaires dans les services formateurs en cancérologie. Or l'évolution constatée des postes de PU-PH et MCU-PH traduit une diminution des effectifs entre 2008 et 2011 dans ces spécialités. Néanmoins, le nombre de nouveaux postes offerts pour l'année 2012 est en augmentation (8 postes supplémentaires par rapport à 2011) et le domaine du cancer est une des priorités pour les redéploiements de postes hospitalo-universitaires titulaires.

- **Les programmes de prévention et de dépistage des cancers n'atteignent pas encore les cibles attendues**

Le tabac est le principal facteur de risque de plusieurs cancers, dont le cancer du poumon qui reste la première cause de décès liés au cancer. En dépit des mesures prises pour réduire l'attractivité du tabac et favoriser le sevrage, la consommation de tabac en France ne diminue pas (elle reste à 31 % parmi les 15-85 ans, alors que la cible préconisée par l'OMS est de la réduire à moins de 20 %). De plus, les inégalités se creusent, avec une augmentation de la consommation de tabac chez les femmes et les chômeurs entre 2005 et 2010. Un contrôle renforcé du respect des obligations réglementaires est attendu de la part des préfets et des agences régionales de santé. Le rapport du groupe missionné par le ministre chargé de la Santé, remis en mars 2012, formule des propositions pour une nouvelle politique de lutte contre le tabac, coordonnée sur le long terme.

La participation aux dépistages organisés se maintient chez les populations cibles au niveau national (autour de 52 % pour le cancer du sein et de 34 % pour le cancer colorectal). Toutefois, si le taux de participation global ne progresse pas, les disparités sociales dans les pratiques de dépistage s'amenuisent, selon le baromètre cancer Inpes-INCa. En outre, la diminution des écarts territoriaux de participation constitue un des objectifs des agences régionales de santé. Des recommandations ont été publiées par la HAS en février 2012 pour améliorer la participation au dépistage organisé du cancer du sein et visant à limiter les pratiques de dépistage individuel dans la population cible.

- **Des efforts à soutenir pour réduire les inégalités de santé face au cancer**

Objectif transversal du Plan cancer, la réduction des inégalités de santé face au cancer se traduit par des actions menées dans l'ensemble des domaines de la lutte contre le cancer. Les inégalités socio-culturelles et géographiques se manifestent tant au regard des facteurs de risques (tabac, nutrition et activité physique, expositions professionnelles), qu'en matière de dépistage (participation aux dépistages organisés des cancers) et d'accès aux soins (délais d'accès aux examens IRM).

Par ailleurs, le cancer contribue aux inégalités sociales au travers des conséquences de la maladie et des traitements sur la vie sociale et professionnelle des personnes atteintes et de leurs proches (ressources, emploi). Des actions sont à promouvoir, notamment avec les conseils généraux, afin de permettre l'accès aux droits sociaux et aux dispositifs d'aide et de compensation, en particulier pour la vie à domicile pendant et après les périodes de traitement actif. La mobilisation des dispositifs d'aide au maintien et au retour à l'emploi est nécessaire, par la coordination entre médecins spécialisés et traitants, médecins conseils et médecins du travail, et la sensibilisation des employeurs.

Le rapport d'évaluation à mi-parcours du Plan cancer remis par le HCSP préconise de faire évoluer les systèmes d'information en santé afin de mieux connaître les disparités sociales et territoriales face au cancer. Il recommande également de renforcer le soutien à la recherche et à l'évaluation pour mieux comprendre les déterminants des inégalités et apprécier les résultats des interventions visant à les réduire.

Chiffres clés du cancer en France

Une incidence des cancers en hausse

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

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

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

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

Une mortalité par cancer en baisse

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

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

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

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

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

Des projections de survie encourageantes

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

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

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

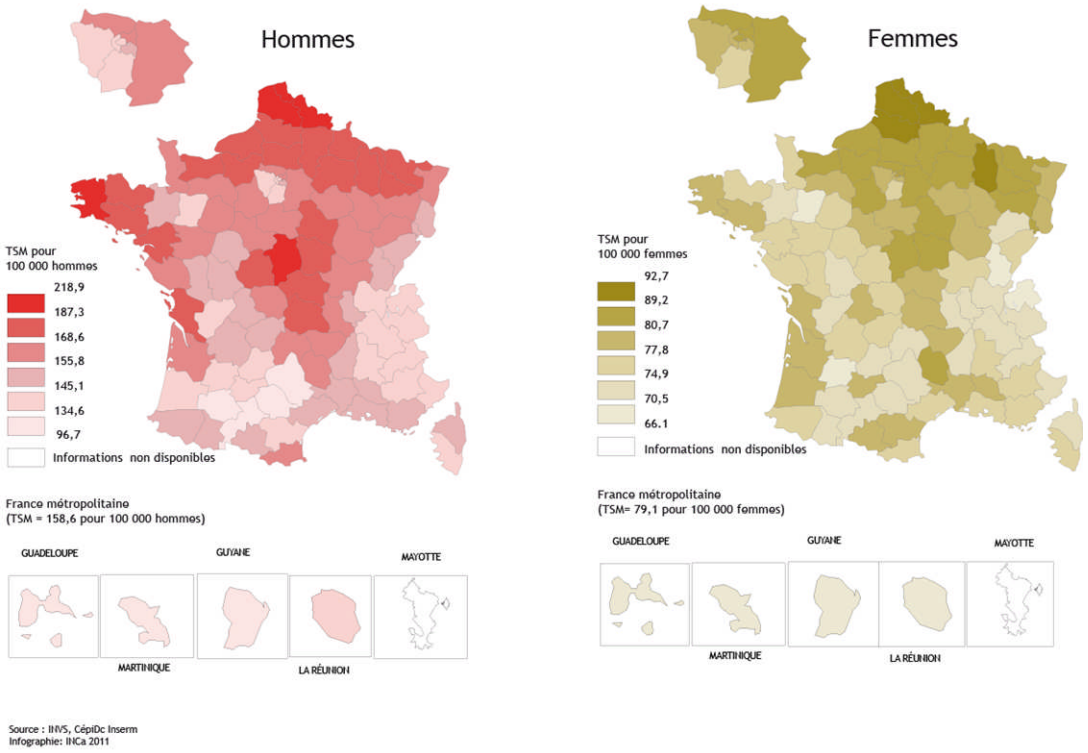
Rapport « La situation du cancer en France en 2011 », INCa, octobre 2011

Des disparités géographiques importantes

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

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

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



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

Partie I
Les actions du Plan cancer 2009-2013 réalisées ou engagées en juin 2012

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

Les objectifs du Plan cancer

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

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

Les actions réalisées ou engagées au 15 juin 2012

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

Mesure 1 **Renforcer les moyens de la recherche pluridisciplinaire**

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

Une politique de structuration de la recherche pluridisciplinaire

- Afin de promouvoir et structurer la coopération entre les différentes dimensions de la recherche - fondamentale, clinique, santé publique, épidémiologie, sciences humaines et sociales - **des sites de recherche intégrée sur le cancer (SIRIC) sont labellisés et financés**. Ces sites ont un double objectif, d'une part élaborer et conduire des programmes pluridisciplinaires de recherche intégrée, d'autre part assurer la diffusion des résultats de la recherche après des professionnels, des patients et du public. Ils doivent répondre au cahier des charges établi par l'INCa et l'ITMO cancer (Aviesan). Les deux premiers SIRIC ont été labellisés en 2011 sur appel à candidatures, bénéficiant d'un financement pluriannuel par site de 9 millions d'euros sur 5 ans (budget INCa et crédits Assurance maladie). Suite au second appel à candidatures, 9 projets soumis ont été évalués par un jury international en mai 2012 ; les résultats seront publiés en juin 2012.

FAIT MARQUANT 2012 : Achèvement du processus de labellisation de sites de recherche intégrée sur le cancer (SIRIC).

- La structuration territoriale de la recherche sur le cancer en France repose sur les **7 cancéropôles régionaux ou interrégionaux**, qui mobilisent les acteurs de la communauté scientifique, médicale et industrielle autour de programmes interdisciplinaires. Suite à l'évaluation de leur activité sur la période 2007-2010 menée par l'AERES, ils ont été labellisés en 2011 pour une durée de quatre ans et soutenus à nouveau pour un montant total de 26 millions d'euros afin de mener des plans d'actions pluriannuels (2011-2014).

Le soutien des projets de recherche translationnelle et multidisciplinaire

- Un appel à projets spécifique et récurrent permet **le soutien de projets de recherche translationnelle associant chercheurs et cliniciens,** afin de promouvoir le transfert des découvertes vers des avancées cliniques pour le patient. Les projets couvrent l'ensemble des champs, incluant la prévention, le diagnostic précoce, le développement de thérapies ainsi que les aspects humains et sociaux liés au cancer. 26 projets de recherche translationnelle ont été retenus en mai 2012 et vont être financés par le ministère chargé de la santé (DGOS) et l'INCa (budget en cours de finalisation). Ils s'ajoutent aux projets sélectionnés de 2009 à 2011 (12 projets en 2011 pour 5,15 millions d'euros, 16 en 2010 pour 6,54 millions, 24 en 2009 pour 9,8 millions)[3].

> **FAIT MARQUANT 2012 :** 78 projets de recherche translationnelle retenus sur 2009-2012 et financés par le ministère chargé de la santé (DGOS) et l'INCa.

- En raison des spécificités de la recherche translationnelle, il est important d'encourager et de soutenir une formation appropriée de médecins et de chercheurs, afin de favoriser leur dialogue et leur collaboration au sein d'un même projet. Dans ce but, des **subventions de formation** en master 2, doctorat ou postdoctorat sont attribuées dans le cadre du Plan cancer. 51 subventions ont été attribuées par l'INCa sur 2009-2011 pour un montant total de 3,2 millions d'euros. A partir de 2012, l'appel à candidatures pour la formation à la recherche translationnelle est piloté par l'Inserm et 27 candidatures ont été retenues en mai 2012.
- **Un nouveau programme d'actions intégrées de recherche (PAIR) sur les cancers gynécologiques** a été lancé en 2012. Associant l'ARC, la Ligue nationale contre le cancer et l'INCa, les PAIR ont vocation à soutenir l'ensemble des dimensions de la recherche dans le cadre d'une pathologie : biologie fondamentale, recherche translationnelle, recherche clinique, épidémiologie, technologies innovantes, prévention, dépistage, diagnostic, traitement et les aspects des sciences humaines et sociales. Ces rapprochements entre différentes disciplines visent à permettre aux patients de bénéficier plus rapidement des avancées de la recherche. Deux autres programmes sont en cours, pour les cancers de la prostate (8 projets co-financés depuis 2010 pour un montant total de 6 millions d'euros) et les cancers des voies aérodigestives supérieures (7 projets soutenus depuis 2011 pour un montant de 4,1 millions d'euros). Le lancement d'un prochain PAIR portant sur le mélanome est prévu à l'automne 2012.

> **FAIT MARQUANT 2012 :** lancement d'un troisième programme PAIR portant sur les cancers gynécologiques (ARC-Ligue-INCa) ; 18 lettres d'intention pré-sélectionnées, publication des résultats prévue en juillet 2012.

- **Les deux nouveaux appels à projets de recherche multidisciplinaire lancés par l'Inserm en 2011 ont été reconduits en 2012**. Le premier appel à projets porte sur les mathématiques, la physique et les sciences de l'ingénieur dans le cancer (21 projets retenus en 2012, 17 projets en 2011). Le second porte sur les tumeurs spontanées et le développement de modèles animaux, pour des projets impliquant les équipes de recherche biomédicale et les écoles vétérinaires (4 projets sélectionnés en 2012, 2 projets en 2011). Une deuxième conférence internationale sur l'oncologie comparative sera organisée en novembre 2012 par l'ITMO cancer et l'INCa avec l'Institut de recherche sur le cancer du Royaume-Uni.

> **FAIT MARQUANT 2012 :** 44 projets de recherche pluridisciplinaire retenus sur 2 ans en 2011-2012 (Inserm)..

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

- Le **programme européen ERA-Net TRANSCAN portant sur la recherche translationnelle sur le cancer** est lancé depuis début 2011, pour un programme d'activité de 3 ans. Coordonné par le ministère de la santé italien, ce projet rassemble 25 partenaires issus de 19 pays et a pour objectif la coordination des programmes nationaux de soutien à la recherche translationnelle en cancérologie, notamment par le lancement d'appels à projets de recherche conjoints. L'INCa est partenaire de TRANSCAN et va contribuer au financement des équipes françaises qui seront sélectionnées. Le premier appel à projets a été lancé en décembre 2011 et porte sur la validation des biomarqueurs pour le développement de la médecine personnalisée en cancérologie (34 lettres d'intention ont déjà été sélectionnées par le comité d'évaluation sur 117 soumises ; les projets complets sont attendus pour juillet 2012).

FAIT MARQUANT: Lancement du premier appel à projets de recherche conjoint dans le cadre du programme européen ERA-Net TRANSCAN portant sur la recherche translationnelle en cancérologie.

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

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

Afin de faire progresser la prise en charge et le traitement des cancers, tout en réduisant leurs effets secondaires, le Plan cancer fixe parmi ses priorités le soutien à la recherche clinique. L'offre d'essais cliniques s'accroît grâce à l'effort financier consacré aux projets de recherche clinique et l'information des professionnels et des patients progresse sur les essais ouverts.

Le bilan national des activités en recherche clinique a été publié par l'INCa en mars 2012. Les actions engagées pour développer l'offre d'essais cliniques et améliorer l'information ont permis **une progression de 63 % du nombre de malades inclus dans les essais cliniques en cancérologie entre 2008 et 2011** (de 21 745 à 35 390 patients). Le taux de patients inclus dans les essais cliniques s'élève globalement en 2010 à 11% des cancers incidents.
S'agissant des populations spécifiques, selon les données recueillies auprès des établissements de santé[4], le nombre de patients inclus a augmenté de 27 % pour les cancers des enfants (1 154 en 2008, 1 463 en 2010) et a doublé chez les sujets âgés (822 en 2008, 1628 en 2010).

Le soutien des projets de recherche clinique

- **Les projets de recherche clinique soutenus** portent sur de nouveaux médicaments ou associations de médicaments contre la maladie ou ses effets secondaires, de nouvelles façons de les administrer, de nouvelles techniques de traitement, de diagnostic, de prise en charge ou de prévention. Ils sont financés sur appels à projets reconduits chaque année. Dans le cadre du programme hospitalier de recherche clinique (PHRC) cancer et du programme de soutien aux techniques innovantes coûteuses (STIC) en cancérologie, 59 nouveaux projets vont être retenus en 2012 pour 21,6 millions d'euros. Ils s'ajoutent aux projets sélectionnés depuis 2009 (66 projets en 2011 pour 23 millions d'euros, 61 en 2010 pour 22 millions d'euros, 56 en 2009 pour 19,5 millions d'euros)[5]. Les appels à projets pour 2013 seront publiés fin 2012.

FAIT MARQUANT : 242 projets retenus en 2009-2012 pour un financement total de 86,1 millions d'euros, dans le cadre des programmes PHRC et STIC en cancérologie en cancérologie, financés par l'Assurance maladie.

[4] Données non exhaustives

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

- Des essais cliniques de grande ampleur sont en cours pour le cancer du sein : l'étude SIGNAL pour l'identification de facteurs génétiques de prédisposition et de facteurs prédictifs de toxicité ou de sensibilité au traitement (plus de 9 000 patientes recrutées de 2009 à janvier 2012 dans 135 centres participants) et l'essai SHARE[6] en matière de radiothérapie du cancer du sein, dont les inclusions ont démarré fin 2010 (2 800 patientes devraient être incluses dans 50 centres de radiothérapie d'ici 2014).
- Une démarche de **labellisation d'intergroupes coopérateurs de recherche clinique** dans le domaine du cancer a été initiée par l'INCa sur appel à candidatures lancé en mars 2012. Il s'agit d'inciter les groupes coopérateurs associant médecins et professionnels de la recherche médicale à se regrouper autour d'une pathologie ou d'un ensemble de pathologies, afin d'accroître leur attractivité et la visibilité internationale.

Le développement de la recherche clinique de phase précoce

- Afin de favoriser l'accès aux molécules innovantes pour les patients, un soutien particulier est apporté à la structuration de la recherche clinique en cancérologie : **16 centres d'essais cliniques de phase précoce (CLIP²)** sont labellisés depuis fin 2010 et soutenus par des financements dédiés pour une durée de quatre ans (9 millions d'euros alloués par l'INCa et l'ARC sur 2010-2013 pour le fonctionnement des CLIP²). Le soutien apporté à ces centres est destiné à leur permettre de se hisser au plus haut niveau international de qualité.
- Ces efforts se concrétisent par **des collaborations internationales avec les grandes institutions et avec les laboratoires pharmaceutiques mondiaux** pour favoriser le développement des nouveaux agents anticancéreux et de les mettre rapidement à la disposition des patients en France. Ainsi, dans le cadre du partenariat engagé par l'INCa avec le National Cancer Institute américain (NCI), 5 projets soumis par des équipes françaises ont été sélectionnés et 2 essais sont en cours[7]. De plus, suite au premier accord de collaboration signé avec un laboratoire pharmaceutique mettant à disposition une molécule innovante pour des essais cliniques, 2 projets présentés par des CLIP² ont été sélectionnés sur appel à projets. Un nouvel appel à projets destiné aux CLIP² a été lancé en avril 2012 dans le cadre d'une collaboration avec une autre firme pharmaceutique.

> **FAIT MARQUANT 2012 :** Lancement de 2 appels à projets pour des essais cliniques de molécules innovantes en phase précoce, en partenariat avec des laboratoires pharmaceutiques mondiaux.

L'information des patients et des professionnels de santé

- Pour une meilleure information des patients et des professionnels de santé sur l'offre d'essais cliniques, 1 403 essais sont répertoriés au 31 mai 2012 (60 % d'essais académiques et 40% d'essais industriels) dans le **registre des essais cliniques de cancérologie** géré par l'INCa, grâce au partenariat mis en place avec l'AFSSAPS, le centre national de gestion des essais de produits de santé et les opérateurs du logiciel SIGREC (système d'information et de gestion de la recherche et des essais cliniques). Le registre des essais cliniques, en ligne sur www.e-cancer.fr, est aussi directement accessible depuis le site Cancer Info. De plus, la consultation des informations sur le registre a été améliorée par la mise en place depuis début 2012 d'un moteur de recherche multicritères.

> **FAIT MARQUANT :** 1.403 essais répertoriés sur le registre des essais cliniques de cancérologie au 31 mai 2012, dont 686 essais ouverts aux inclusions.

- Le Plan cancer fixe pour objectif **la consultation systématique des comités de patients pour tous les protocoles d'essais cliniques**, dans un souci de transparence et d'expression des malades. Pour ce faire, la Ligue nationale contre le cancer va étendre le processus de relecture des

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

[7] Sur les 2 essais en cours, le recrutement est terminé pour l'un et a démarré pour l'autre.

fiches patients avant consultation des comités de protection des personnes, mis en place avec la Fédération nationale des centres de lutte contre le cancer (Unicancer), aux autres promoteurs d'essais cliniques - les groupes coopérateurs, les établissements publics de santé et les industries du médicament à travers le LEEM. À partir de 2012, le nouveau dispositif devrait permettre une forte montée en charge du nombre de fiches patients ainsi relues, d'une moyenne annuelle de 30 fiches aujourd'hui jusqu'à 250 fiches par an.

Les progrès réalisés grâce à la recherche permettent déjà d'améliorer la prise en charge thérapeutique. Ainsi la compréhension des caractéristiques moléculaires des tumeurs permettent aujourd'hui un traitement personnalisé pour un nombre de plus en plus important de patients, qui bénéficient de nouvelles thérapies ciblées (voir 3.3).

Afin de mieux informer le public sur les progrès de la recherche sur le cancer, un web-documentaire a été co-produit par l'INCa, l'Inserm et l'ARC et mis en ligne en février 2012. De plus, suite à la publication du bilan des activités de recherche clinique en mai 2012, un rapport sur les avancées de la recherche clinique est prévu en 2012 (INCa).

FAIT MARQUANT 2012 : Mise en ligne d'un web documentaire sur les avancées de la recherche contre le cancer en février 2012, co-produit INCa-Inserm-ARC.

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

Mesure 5 **Faire de la France une référence internationale**

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

- **Une stratégie commune de recherche contre le cancer a été définie** par l'Institut thématique cancer (ITMO cancer) au sein d'Aviesan et l'INCa, autour de six axes stratégiques identifiés en adéquation avec le Plan cancer 2009-2013, qui se concrétisent notamment par des appels à projets menés en collaboration.
- **Le programme International cancer genome consortium (ICGC)**, réunissant 14 pays dont la France, vise à séquencer les génomes d'une cinquantaine de types de cancers pour mieux comprendre le rôle des altérations génomiques dans leur développement, afin de pouvoir optimiser les stratégies thérapeutiques par des thérapies ciblées. Un bilan des projets engagés a été présenté lors du 6ème colloque scientifique de l'ICGC, qui s'est déroulé à Cannes en mars 2012 : plus de 22 000 échantillons tumoraux ont déjà fait l'objet d'un séquençage et les premiers résultats sur le cancer du foie ont fait l'objet d'une publication. L'objectif pour la France est de séquencer le génome de cinq types de tumeurs. La première phase démarrée dès 2009 concerne le séquençage du cancer du foie (24 tumeurs étudiées) et du cancer du sein (50 tumeurs). Un troisième programme de séquençage a démarré portant sur le cancer de la prostate, piloté par l'Inserm. Le quatrième programme sur le sarcome d'Ewing a été lancé.

FAIT MARQUANT 2012 : Démarrage d'un 3ème programme de séquençage du génome pour le cancer de la prostate en 2011 (Inserm), et d'un 4ème portant sur le sarcome d'Ewing au 2ème semestre 2012.

- **Le développement de la coopération internationale en recherche et en santé publique contre le cancer** s'effectue notamment à travers des partenariats multilatéraux.
  Suite à la signature d'un accord par l'Institut de recherche pour le développement (IRD) définissant une stratégie commune, une étude de recherche a été engagée en Thaïlande sur les cancers du col de l'utérus, qui produira des données de prévalence sur l'infection par

papillomavirus humains (HPV) et les lésions cervicales associées chez des femmes porteuses du VIH, et pour la première fois de façon prospective des données sur l'évolution des anomalies cyto-histologiques dans cette population. Un partenariat est également envisagé avec l'ANRS et l'Institut Pasteur au Cambodge sur la prévalence et la répartition des papillomavirus humains dans le col de l'utérus. Ces études contribueront au plan international à une meilleure connaissance des HPV oncogènes et devraient permettre à la définition d'une politique de prévention.

La mise en œuvre de la convention de coopération entre les autorités de santé sénégalaises et l'Ambassade de France à Dakar et l'INCa, signée fin décembre 2011, a démarré ; elle prévoit sur une durée de trois ans des actions de santé publique, de recherche et de formation de professionnels de santé, ainsi qu'un apport d'expertise au renouvellement du plan cancer sénégalais. Les formations en oncologie médicale sont en cours ; elles permettent un renforcement des capacités de soins du pays et, pour le centre de référence de lutte contre le cancer de Dakar, de s'ouvrir à de nouvelles collaborations. Des discussions sont également en cours avec les autorités de Côte d'Ivoire pour définir un nouveau cadre de coopération dans la lutte contre le cancer avec l'INCa.

L'INCa soutient également la formation de radiophysiciens, sous l'égide de l'AIEA[8] : un programme a démarré en 2011 en Mauritanie en lien avec le centre national d'oncologie. Dans le cadre de l'accord entre l'AIEA et l'INCa signé en septembre 2011, un atelier sous-régional - Afrique de l'Ouest francophone - portant sur l'élaboration de stratégie nationale de lutte contre le cancer est prévu fin 2012.

- **L'évaluation de la recherche repose notamment sur des indicateurs bibliométriques mesurant le nombre et la qualité des publications scientifiques**. Selon l'enquête bibliométrique réalisée par l'OST[9] en collaboration avec l'INCa et l'ITMO cancer sur la période 2001-2009, la visibilité de la France a progressé de 23 % dans le domaine du cancer, contre 12 % dans l'ensemble du domaine biomédical.

  En complément de ces indicateurs, une réflexion est engagée au niveau international pour définir des critères permettant d'évaluer l'impact des découvertes scientifiques et des avancées qui en découlent pour les malades et la population générale. L'INCa est partie prenante de cette réflexion, au sein de l'International Cancer Research Partners (ICRP), qui regroupe 49 organisations et institutions finançant la recherche sur le cancer.

  Une base de données commune des investissements consentis en recherche sur le cancer a été mise en place ; elle est implémentée par l'INCa pour ce qui concerne les projets de recherche menés par des équipes françaises (voir le « Portfolio de la recherche sur le cancer », première base de données en France des projets de recherche financés par l'INCa et le ministère de la Santé, en ligne sur le site www.e-cancer.fr).

FAIT MARQUANT : Progression de la visibilité de la France dans le domaine de la recherche sur le cancer, mesurée par l'indice d'impact relatif, de 23% sur la période 2001-2009 (OST).

- Dans le cadre de l'objectif d'améliorer la visibilité de la recherche française en cancérologie, le ministère chargé de la Santé (direction générale de la santé) et l'INCa s'impliquent dans le **Partenariat européen de lutte contre le cancer (EPAAC)**, notamment sur son volet recherche visant à promouvoir la coordination des financements et des programmes entre Etats membres. Une consultation a été lancée en 2011, afin d'identifier des domaines de recherche partagés. Un forum sur le recherche sur le cancer est organisé à Bruxelles début juillet 2012. Il réunit les décideurs des Etats membres ainsi que les principaux financeurs publics et privés de la recherche. Ce forum vise à promouvoir le lancement de deux nouveaux projets pilotes innovants au niveau européen, portés respectivement par l'Italie et la France (INCa).

[8] Agence internationale de l'énergie atomique (AIEA)

[9] Indicateurs bibliométriques de la recherche dans le domaine du cancer sur la période 2001-2009, Observatoire des Sciences et Techniques (OST)

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

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

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

Les travaux conjointement menés par l'ONDPS et l'INCa, en liaison avec les ministères de l'enseignement supérieur et de la santé, permettent de **suivre l'évolution de la démographie médicale en cancérologie** à travers l'observation et l'analyse des données régionales pour identifier les régions en difficulté. Le troisième rapport sur les métiers de la cancérologie a été publié en février 2012. Une enquête publiée fin 2011 fait le point sur la mobilité, les choix d'installation et les modes d'exercice des jeunes oncologues et pathologistes.

FAIT MARQUANT 2012 : Publication du rapport « les métiers liés au cancer : leur répartition et ses déterminants » (INCa-ONDPS) en février 2012.

- L'arrêté pluriannuel programmant la création de postes d'internes par spécialité et région[10] prévoit **938 nouveaux postes d'internes sur la période 2011-2015** dans les spécialités ciblées par le Plan cancer : 604 postes d'internes en DES d'oncologie et 334 en DES d'anatomopathologie. Tous les postes offerts en 2011 ont été pourvus : 116 postes en oncologie, soit 24 postes supplémentaires par rapport à 2010, et 61 en anatomopathologie, soit 8 postes supplémentaires.

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

- **Un soutien particulier est mis en œuvre pour les régions en situation démographique difficile**, qui bénéficient de moyens renforcés (14 postes d'assistants spécialistes financés en 2011 en oncologie médicale, radiothérapie et anatomopathologie ; 13 postes financés en 2010 en oncologie médicale et anatomopathologie). Les agences régionales de santé peuvent également activer les leviers prévus par la loi « hôpital, patients, santé et territoires » (HPST) pour le rééquilibrage territorial des professionnels de santé.
- **S'agissant des postes hospitalo-universitaires, on observe une diminution des personnels enseignants titulaires**[11] **entre 2008 et 2011 en oncologie, radiothérapie, hématologie et anatomocytopathologie**. Toutefois, le domaine du cancer est indiqué comme une priorité pour les redéploiements de postes hospitalo-universitaires titulaires en 2012 dans la circulaire conjointe des ministères de la santé et de l'enseignement supérieur et de la recherche du 25 août 2011. En outre, le nombre de postes offerts au concours et à la mutation pour l'année 2012 est en augmentation : 10 postes en cancérologie-radiothérapie (soit 4 postes supplémentaires par rapport à 2011), 11 postes en anatomocytopathologie (5 postes supplémentaires)[12]. Quant aux effectifs de

[10] Arrêté ministériel du 13 juillet 2011.

[11] Postes de PU-PH et MCU-PH (hors postes hospitalo-universitaires en CLCC).

[12] Postes de PU-PH et MCU-PH (arrêté du 26 décembre 2011)

chefs de cliniques assistants, ils ont connu une augmentation de 26 % en oncologie-radiothérapie entre 2008 et 2011 et une diminution de 27 % en anatomopathologie.

- **Le renforcement quantitatif et qualitatif des postes au sein des centres de radiothérapie** est un enjeu crucial. Les effectifs d'étudiants en radiophysique médicale ont doublé entre 2007 et 2010. Grâce à cet effort de formation, le nombre de radiophysiciens en poste en radiothérapie a été porté début 2011 à 491 équivalent temps plein, soit une augmentation de 30 % des effectifs depuis 2007. Pour l'année scolaire 2011-2012, un financement de 103 000 euros est alloué aux établissements concernés afin d'assurer l'indemnisation des stagiaires et la valorisation des établissements pour le temps dédié à l'encadrement et la participation à l'enseignement. La qualité et la sécurité dans les centres ont également été renforcées par le soutien apporté au métier de technicien de dosimétrie et le financement de postes de qualiticiens (voir 3.2).

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

- **Le soutien de la spécialité d'anatomopathologie** est indispensable pour faire face aux mutations scientifiques et techniques auxquelles sont confrontés les médecins pathologistes pour établir le diagnostic morphologique de cancer. Le groupe de travail relatif à l'anatomopathologie mis en place début 2011 par le ministère de la Santé (DGOS) a remis en mai 2012 son rapport qui dresse l'état des lieux de cette spécialité, fixe des perspectives et propose des recommandations relatives au mode d'exercice, à l'organisation de la discipline et à l'accompagnement de son évolution. L'actualisation de la nomenclature des actes d'anatomopathologie, publiée en avril 2010, est en cours sous le pilotage de la CNAMTS pour intégrer la complexité actuelle des actes ACP en cancérologie ainsi que les actes nouveaux.

FAIT MARQUANT 2012 : Rapport du groupe de travail sur la spécialité d'anatomo-cytopathologie remis le 9 mai 2012 : état des lieux de la spécialité et préconisations sur le mode d'exercice, l'organisation de la discipline et l'accompagnement de son évolution.

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

Les objectifs du Plan cancer

Le Plan cancer 2009-2013 fixe comme priorité de réduire les inégalités face au cancer, qu'elles soient géographiques, socio-économiques ou liées à l'environnement, au travers des axes de la politique de lutte contre le cancer.

Les principaux enjeux sont de mieux connaître les inégalités face au cancer et de mieux comprendre leurs déterminants, afin d'améliorer la prévention et le dépistage, l'accès aux soins pour tous et la qualité de vie des personnes atteintes.

Les actions réalisées ou engagées au 15 juin 2012

2.1. Comprendre les déterminants des inégalités et caractériser les risques environnementaux et comportementaux

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

Pour atteindre les objectifs du Plan cancer, les actions engagées impliquent la mobilisation de différentes disciplines dans le champ de la recherche, la coordination de la programmation entre les acteurs impliqués et le développement des instruments de recherche destinés à être accessibles à la communauté scientifique.

Le soutien des projets de recherche

- **Un effort particulier est réalisé pour promouvoir la recherche portant sur les inégalités face au cancer.** Ainsi, les appels à projets de recherche de l'INCa en sciences humaines et sociales, épidémiologie et santé publique ont permis de financer 23 projets sur ce thème, sélectionnés de 2009 à 2011[13]. En outre, un nouvel appel à projets a été lancé par l'IReSP en 2011 sur les inégalités d'accès aux soins en cancérologie (les résultats sont prévus en novembre 2012).
- **La démarche de « recherche interventionnelle » est soutenue par l'INCa**, encourageant la mobilisation des chercheurs en sciences humaines et sociales, épidémiologie et santé publique afin d'évaluer des interventions de terrain visant à réduire les inégalités sociales face au cancer.
  Un appel à projets spécifique est renouvelé chaque année depuis 2010 et une démarche d'accompagnement des porteurs de projets est mise en place, après une première sélection sur lettres d'intention par le comité d'évaluation, préparant la sélection définitive (3 projets finaux ont ainsi été retenus en 2011 sur 37 lettres d'intention reçues dont 11 sélectionnées ; pour le second appel en 2012, 5 projets finaux seront financés sur 7 lettres d'intention sélectionnées parmi 19 soumises).
  De plus, les équipes de recherche sont incitées à développer cette approche, au travers de séminaires consacrés à la recherche interventionnelle et par la mobilisation des cancéropôles.
- Les Rencontres de l'INCa programmées en décembre 2012 seront consacrées au thème «Inégalités face au cancer : recherche, soins et santé publique, la nécessité d'une approche intégrée », afin de dégager des pistes prospectives pour de nouvelles stratégies d'actions.

[13] Voir partie II du présent rapport (fiche mesure 2).

- **Le soutien à la recherche sur les risques comportementaux et environnementaux dans le domaine des cancers progresse grâce aux efforts des organismes financeurs de la recherche**. Plusieurs appels à projets concourent à cet objectif : appels à projets de recherche lancés par l'INCa ; appels à projets de l'IReSP ; appels à projets de l'ANSES dans le cadre du programme national de recherche en environnement-santé-travail ; appel à projets « contaminants et environnement » de l'ANR et appel à projets de l'Inserm sur cancer et environnement. Le nombre de projets de recherche financés dans ce cadre et les moyens mobilisés ont ainsi fortement progressé (11 projets retenus en 2009 pour 2,3 millions d'euros, 18 projets en 2010 pour 3,7 millions, 27 projets en 2011 pour 7,1 millions d'euros[14]).

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

FAIT MARQUANT : Progression du soutien à la recherche sur les risques comportementaux et environnementaux dans le domaine des cancers, avec 56 projets retenus sur 2009-2011 pour 13,1 millions d'euros au titre du Plan cancer (INCa, ANSES, IReSP).

Le développement des instruments de recherche

- **Deux cohortes ayant trait au cancer et faisant partie des très grandes infrastructures de recherche** (TGIR), pilotées par l'IReSP et l'Institut de santé publique de l'Inserm, sont soutenues financièrement par l'INCa et la Ligue nationale contre le cancer pour un montant annuel de 3 millions d'euros (E3N, Constances[15]). **Cinq autres cohortes ayant trait au cancer, sélectionnées par le programme des investissements d'avenir**, sont également soutenues dans le cadre du Plan cancer (Canto, Coblance, Cryostem, E4N, Hope-Epi) ; elles ont reçu au total 32,8 millions d'euros. L'IReSP et l'Inserm soutiennent des projets d'analyses secondaires de données recueillies dans le cadre de grandes études épidémiologiques en cancérologie (8 projets soutenus).

  L'Institut de santé publique et l'IReSp ont été chargés par le ministère de la recherche du suivi scientifique de l'ensemble des cohortes soutenues dans le cadre des dispositifs TGIR et Investissements d'avenir (16 cohortes au total). Les travaux, engagés en 2011, se poursuivent dans l''objectif de la mutualisation des bonnes pratiques et la mise à disposition des données collectées à la communauté scientifique de façon plus homogène.
- Des sites référents en épidémiologie analytique par type de cancer sont identifiés associant cliniciens et anatomopathologistes spécialisés dans certains types de cancers, notamment ceux en augmentation. Un premier projet national de suivi des tumeurs cérébrales a été financé ; un projet de suivi des cancers de l'enfant est également soutenu.
- Un programme a été lancé en 2011 pour **la constitution de bases clinico biologiques communes autour d'une même pathologie**[16], L'objectif est de mettre en place des outils structurants communs aux différents acteurs (registres, tumorothèques, unités de recherche clinique, chercheurs, oncologues et les différents acteurs des soins, dont les centres experts nationaux ou régionaux pour les cancers rares), afin d'optimiser le recueil d'information et son exploitation. Cette démarche s'inscrit en articulation avec le **Plan national santé environnement (PNSE2)**, pour constituer des bases de données afin d'explorer la composante cancer des maladies environnementales. Suite au premier appel à projets lancé en 2011, 5 projets ont déjà été retenus et l'appel a été réédité en février 2012 (INCa).

[14] Voir partie II du présent rapport (fiche mesure 3).

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

[16] Voir partie II du présent rapport (fiche mesure 23).

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

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

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

- **Le rapport « La situation du cancer en France »**, actualisé chaque année, rassemble les données disponibles en matière d'épidémiologie, de recherche sur le cancer, de facteurs de risques, de dépistage, d'offre de soins et de qualité de vie avec le cancer, avec une approche par localisations cancéreuses. La version 2011 du rapport a été publiée en octobre, avec un contenu enrichi, et l'édition 2012 est en préparation.

  L'ensemble de ces informations est rendu accessible sur le **Portail des données du cancer**, ouvert depuis octobre 2011[17], qui permet un accès direct, simple et dynamique aux principales données actualisées sur le cancer et la cancérologie issues des producteurs de données et des travaux de l'INCa. Les informations mises à disposition sur le Portail sont mises à jour et enrichies en fonction des données disponibles et des indicateurs pertinents : le nombre d'indicateurs diffusés sur le Portail a déjà progressé depuis son ouverture de 320 à 392.

FAIT MARQUANT : Portail des données du cancer ouvert depuis octobre 2011 sur le site www.e-cancer.fr.

- **Les données estimées d'incidence et de mortalité par cancer sont publiées chaque année** depuis 2009 par les Hospices civils de Lyon, l'InVS, l'INCa, le réseau des registres du cancer Francim et le CépiDC-Inserm. **Le rapport sur les survies après un diagnostic de cancer** est finalisé, sur la base d'une nouvelle méthode d'estimation validée par le conseil scientifique du programme de travail partenarial relatif à la surveillance des cancers à partir des registres (publication prévue en septembre 2012).

FAIT MARQUANT 2012 : Finalisation du nouveau rapport sur les survies après un diagnostic de cancers (InVS-INCa-FRANCIM-HCL).

Afin d'améliorer la surveillance épidémiologique des cancers, le soutien des registres des cancers a été renforcé, par un financement accru, permettant notamment de réduire les délais de production des données par les registres et gagner une année en 2011 (passer de n-4 à n-3). La plupart des registres ont désormais atteint cet objectif[18] (24 registres sur 26). En outre, le stade au diagnostic est collecté de façon exhaustive (mélanome, thyroïde) ou sur échantillon (sein, colon-rectum) à partir des cas incidents 2009.

- **Les études pour la mise en place du système multi-sources des cancers progressent.** Des travaux sont pilotés par l'InVS, en coordination avec l'INCa et l'ASIP santé, pour la constitution de la base ACP dans le cadre du projet DCC-DMP. Le premier rapport portant sur la production d'indicateurs de surveillance des cancers à partir du croisement des bases de données ALD et PMSI a été publié en avril 2012 ; il concerne 8 localisations de cancer « prioritaires » (sein, colon rectum, col de l'utérus, corps de l'utérus, rein, poumon et système nerveux central, thyroïde). Une comparaison de l'indicateur issu du croisement pour toutes les localisations cancéreuses avec les cas incidents dans la zone registre fera l'objet d'un deuxième rapport à paraître en septembre

[17] Voir partie II du présent rapport (fiche mesure 6).

[18] Voir partie II du présent rapport (fiche mesure 7).

2012. L'année 2013 sera consacrée à la production d'indicateurs départementaux et régionaux pour certaines localisations cancéreuses.

- S'agissant de **l'observation et la surveillance des cancers liés à l'environnement professionnel**[19], le décret ajoutant le mésothéliome à la liste des maladies à déclaration obligatoire a été publié le 16 janvier 2012. Suite à l'étude de faisabilité menée dans 6 régions[20] en 2011 et pilotée par l'InVS pour tester les procédures et les circuits d'information, le déploiement de la déclaration obligatoire va s'étendre progressivement à l'ensemble des régions. Un accompagnement du déploiement est assuré par l'InVS.

  Par ailleurs, les études de cohortes se poursuivent, tant en population générale que dans le champ professionnel, sous le pilotage de l'InVS. L'inclusion dans le programme COSET (cohortes pour la surveillance épidémiologique en lien avec le travail) va s'étendre à l'ensemble des régimes, en partenariat avec la MSA (phase pilote réalisée en 2011) et le RSI (étude pilote prévue à partir de septembre 2012). Un portail dédié à l'évaluation des expositions professionnelles a été mis en place en 2011 par l'InVS (Exp-Pro). La réalisation des matrices emploi-exposition se poursuit retraçant les niveaux d'exposition par types d'emploi (9 matrices déjà réalisées mi 2012 ; la construction de 7 autres matrices est programmée d'ici 2013[21]).

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

- **Afin de disposer de données d'observation sur les composantes sociales de la maladie, la réédition du Baromètre santé cancer est réalisée par l'Inpes, en collaboration avec l'INCa.** Les résultats du baromètre sont publiés en juin 2012. Réalisé auprès d'environ 4 000 personnes âgées de 15 à 85 ans, les grands thèmes traités sont : les représentations des cancers, les représentations en matière d'information et de soins, tabac et cancer, alcool et cancer, exposition aux UV et cancer, radon et cancer, nutrition, activité physique et cancer, les dépistages. Ils permettent de mesurer les évolutions de ces connaissances, attitudes et comportements vis-à-vis du cancer par comparaison au premier baromètre publié en 2005.

FAIT MARQUANT 2012 : Publication des résultats du baromètre santé cancer en juin 2012 (INPES-INCa.

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

- Le Haut Conseil de la santé publique a été saisi par le ministère chargé de la Santé (direction générale de la santé) fin 2010 pour **identifier les indicateurs des inégalités de santé dans le domaine des cancers**. Les groupes de travail mis en place en 2011 sur les inégalités sociales de santé et sur les systèmes d'information en santé vont poursuivre leurs analyses ; les recommandations sont attendues pour mi 2013.

- Les travaux conjointement menés par l'ONDPS et l'INCa, en liaison avec les ministères de l'enseignement supérieur et de la santé, permettent de **suivre l'évolution de la démographie médicale en cancérologie**. Le rapport « les métiers liés au cancer : leur répartition et ses déterminants » a été publié en février 2012 (cf. 1.4)

---

[19] Voir partie II du présent rapport (fiche mesure 9).

[20] régions Auvergne, Lorraine, Midi-Pyrénées, Aquitaine, Ile-de-France et PACA

[21] Matrices emploi-exposition réalisées : solvants chlorés (5 matrices), pesticides arsenicaux, silice, amiante, fibres céramique réfractaires. Nouvelles matrices prévues d'ici 2013 : notamment solvants oxygénés - sauf éthers de glycol, formaldéhyde, fluides de coupe, travail de nuit, poussières de bois, plomb, HAP.

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

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

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

La lutte contre la consommation de tabac

Le tabac constitue la première cause de décès liés au cancer en France, comme dans le monde. 25 % des décès par cancer en France sont imputables au tabac et le tabac favorise de manière significative 17 localisations de cancer[22]. La prévalence tabagique est en augmentation, en particulier chez les femmes et parmi les chômeurs[23]. **Les actions réalisées pour lutter contre la consommation de tabac sont destinées à réduire l'attractivité des produits du tabac, mais aussi à favoriser l'arrêt du tabac**.

- Ainsi, plusieurs mesures ont été prises en 2010 et 2011 pour interdire la vente de tabac aux mineurs de 18 ans, ainsi que la vente des cigarettes aromatisées (« cigarettes bonbons ») et pour rendre obligatoires les avertissements graphiques (en vigueur depuis avril 2011 pour les paquets de cigarettes et à partir d'avril 2012 pour les autres produits du tabac). Le respect de ces dispositions législatives et réglementaires est toutefois encore inégal : si l'interdiction des cigarettes-bonbons semble bien respectée, en revanche la vente de tabac aux mineurs se poursuit[24]. Une circulaire du 3 août 2011 demande aux préfets et aux directeurs généraux des agences régionales de santé de renforcer les contrôles de ces mesures de lutte contre le tabagisme.

  La publicité sur le tabac est interdite en France depuis 1991 (loi Evin), mais elle est maintenue sur les lieux de vente et lors des retransmissions télévisées des images de sports mécaniques.

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

- D'autres actions sont à l'œuvre **en faveur de l'aide à l'arrêt du tabac** comme le triplement du remboursement (de 50 à 150 euros) des substituts nicotiniques à partir de 2011 pour les femmes enceintes. Un programme d'aide au sevrage tabagique a été mis en place par l'Inpes sur le site internet de Tabac Info Service, dont la ligne téléphonique est désormais accessible par un numéro court (le 39.89), et promu par la nouvelle campagne d'information[25] lancée le 31 mai 2012 à l'occasion de la journée mondiale sans tabac. L'élaboration de nouvelles recommandations professionnelles de pratique clinique de l'aide à l'arrêt du tabac est engagée par la HAS avec la

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

[23] Baromètre santé 2010 (Inpes) - Bulletin épidémiologique hebdomadaire du 31 mai 2011 ; voir partie II du rapport (fiche mesure 10)

[24] Selon une étude du CNCT publiée en novembre 2011, 62 % des débitants ont vendu un paquet de cigarettes à un jeune de moins de 18 ans et qu'un sur cinq a vendu du tabac à un mineur de 12 ans.

[25] « On a tous une bonne raison d'arrêter de fumer ; quelle que soit la vôtre, il existe une solution » (Inpes)

Société française de tabacologie, sur saisine du ministère en charge de la santé ; leur publication est prévue mi 2013.

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

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

La prévention des cancers liés à la nutrition

Sources de facteurs de risque et de protection, l'alimentation et l'activité physique font partie des facteurs comportementaux sur lesquels il est possible d'agir pour accroître la prévention des cancers. Les actions développées dans le cadre du Plan cancer s'inscrivent également dans les objectifs du Plan de lutte contre l'obésité 2010-2013, ainsi que du Plan national nutrition santé 2011-2015.

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

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

- Un rapport d'expertise collective sur le thème « Nutrition et cancer - Légitimité de recommandations nutritionnelles dans le cadre de la prévention des cancers » a été publié par l'ANSES en mai 2011. Ce travail met en évidence qu'il n'existe pas d'aliment ou de nutriment «anticancer» en soi et que, pour réduire les excès ou déficits en aliments ou nutriments, et prévenir ainsi le risque de cancer, il convient d'avoir une alimentation équilibrée et diversifiée avec un apport calorique adapté aux dépenses énergétiques jointe à une activité physique régulière, et permettant d'atteindre les apports nutritionnels conseillés.

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

- Plusieurs actions[26] se poursuivent pour une meilleure sensibilisation sur les liens entre nutrition et cancers : le soutien d'interventions spécifiques sur les risques liés à la nutrition (43 projets retenus sur 2009-2011, dont 27 nouveaux projets en 2011) ; la diffusion par l'Inpes d'un guide pour la préparation à la retraite incluant l'activité physique dans le cadre du plan « Bien vieillir ; la publication d'une fiche repères « activité physique et cancers » début 2012 (INCa).
- Par ailleurs, un recensement des équipes de recherche sur la thématique « nutrition et cancer » est en cours par le réseau national alimentation recherche (NACRe), en collaboration avec l'INCa, et un colloque scientifique international sur ce thème est programmé en 2013.

[26] Voir partie II du rapport (fiche mesure 11)

La prévention des cancers liés à l'environnement

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

- **Les actions de prévention des expositions professionnelles**[27] s'inscrivent en synergie avec le Plan santé travail 2010-2014 et le Plan national santé environnement 2009-2013.

  Un dispositif réglementaire spécifique relatif à la protection des travailleurs contre les risques liés aux rayonnements optiques artificiels a été mis en place en 2010[28] et accompagné d'actions d'information et de sensibilisation en direction de l'ensemble des acteurs concernés (site internet, fiches, guide). L'inspection du travail procède à des actions de contrôle en continu sur les CMR et des campagnes thématiques sont ciblées visant à sensibiliser les entreprises et à s'assurer de l'application effective des obligations réglementaires : deux campagnes de contrôle ont été menées en 2010, l'une sur la radioprotection, l'autre sur la maîtrise des risques chimiques dans les secteurs « réparation de véhicules » (2 880 contrôles effectués) et « nettoyage » (1 049 contrôles effectués). Une troisième campagne s'est déroulée en 2011 sur les risques routiers et une campagne de contrôle sur les chantiers est programmée en 2013.

  En ce qui concerne la surveillance médicale des travailleurs exposés à des agents cancérogènes (CMR), la HAS a publié en avril 2010 un rapport d'orientation et des recommandations sur le suivi post professionnel après exposition à l'amiante. Des recommandations de bonne pratique ont également été publiées en janvier 2011 par la HAS sur la surveillance médico-professionnelle des travailleurs exposés à l'action cancérigène des poussières de bois. Les recommandations de bonne pratique sur la surveillance médico-professionnelle des travailleurs exposés aux cancérogènes de la vessie, élaborées par la société française de médecine du travail (SFMT), ont reçu le label HAS-INCa et ont été publiées en avril 2012.

FAIT MARQUANT : recommandations de bonne pratique pour la surveillance médico-professionnelle des travailleurs exposés ou ayant été exposés à des agents cancérogènes de la vessie (SFMT).

- **Pour ce qui concerne les risques liés aux UV**, un décret modifiant la réglementation des cabines UV a été préparé. Il fait suite notamment au rapport « UV (artificiels et solaires), vitamine D et cancers non cutanés » publié en novembre 2011 par l'INCa, sur saisine du ministère chargé de la Santé, qui rappelle que cette pratique est fortement déconseillée et qu'elle ne peut faire référence à un quelconque bénéfice pour la santé. Le bulletin épidémiologique (BEH) thématique, publié en mai 2012 par l'InVS, fait le point sur l'incidence et la mortalité par mélanome et l'impact de l'exposition aux UV artificiels. La campagne d'information sur les risques UV est rééditée par l'Inpes à l'été 2012, incitant notamment à la protection des enfants, et des actions spécifiques sont conduites pour le dépistage des cancers de la peau (voir 2.4).

FAIT MARQUANT 2012 : Lancement d'un dispositif coordonné de sensibilisation à la prévention des risques liés aux UV et au dépistage des cancers de la peau (Ministère chargé de la santé, Inpes, InVS, INCa).

- Le Centre international de recherche sur le cancer (CIRC) a classé en mai 2011 **les champs électromagnétiques de radiofréquences, y compris ceux émis par les téléphones portables et sans fil**, comme possiblement cancérogènes pour l'homme. Le lien entre exposition au

[27] Voir partie II du rapport (fiche mesure 12)

[28] Décret du 2 juillet 2010 transposant la directive 206/25/CE du Parlement européen et du Conseil du 5 avril 2006

téléphone mobile et tumeur cérébrale est faible[29], mais a été considéré comme crédible. En application du principe de précaution, et en attendant les résultats d'investigations complémentaires, le ministère chargé de la Santé, l'ANSES et l'Inpes ont édicté des règles de « bon usage » du téléphone mobile. Un site spécifique d'information sur le bon usage du téléphone portable a été mis en place par l'Inpes sur www.lesondesmobiles.fr.

La prévention des cancers d'origine infectieuse

S'agissant des risques liés aux agents infectieux[30], les actions se poursuivent pour la prévention des cancers liés aux HPV (papillomavirus humain), au VIH (virus d'immunodéficience humaine), aux virus des hépatites B et C ainsi qu'à la bactérie *Hélicobacter pylori*.

- Des actions d'information et de communication sur **la prévention du cancer du col de l'utérus** sont renouvelées chaque année depuis 2010 sur la vaccination anti-HPV à destination des jeunes filles de 14 ans et de leurs parents et sur le frottis cervico-utérin pour les femmes de 25 à 65 ans. L'avis rendu le 21 octobre 2011 par le Haut Conseil de la santé publique, sur saisine du ministre chargé de la Santé, recommande de poursuivre la vaccination contre les papillomavirus humains[31], tout en continuant le dépistage par frottis qu'elle ne remplace pas. Un module de formation pour les médecins généralistes et les sages-femmes est mis en ligne depuis 2011 par l'INCa sur la prévention et le dépistage des cancers du col de l'utérus (voir 2.4)
- Concernant les mesures du plan relatives aux **hépatites virales B et C**, la recommandation publiée en mai 2011 par la HAS devrait participer à l'amélioration du dépistage des personnes à risque d'infection chronique par les virus B et C. Les tests non invasifs d'évaluation de la fibrose hépatique pour les patients atteints d'hépatite C, inscrits à la nomenclature par arrêté paru au JO du 19 mai 2011, bénéficient désormais d'une prise en charge par l'Assurance maladie. L'AFSSAPS et la HAS ont été saisies en 2011 respectivement pour évaluer la performance des tests rapides d'orientation diagnostique (TROD) dans le dépistage de l'hépatite C et pour en définir la stratégie d'utilisation. Ces travaux devraient aboutir en 2012.
- **Les actions de prévention des risques de cancers chez les personnes vivant avec le VIH** s'inscrivent dans le cadre des recommandations du rapport du Pr Yéni relatif à la prise en charge médicale des PVVIH, paru en 2010. Des documents d'information à destination des patients et des professionnels de santé sur la prévention du cancer de l'anus ont été élaborés, avec les sociétés savantes et des représentants de patients, et diffusés en mars 2012. Afin de soutenir le sevrage tabagique chez les PVVIH, une expérimentation en établissements de soins a été soutenue en 2011 et de nouveaux projets vont été soutenus par l'INCa sur appel à projets (la publication des résultats est prévue fin juin 2012).

FAIT MARQUANT 2012 : diffusion de documents d'information sur la prévention du cancer anal chez les personnes vivant avec le VIH, destinés aux personnes cibles et aux professionnels de santé (INCa).

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

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

[30] Voir partie II du rapport (fiche mesure 13)

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

2.4. Améliorer la participation aux dépistages organisés en réduisant les inégalités et faire progresser la détection précoce des cancers

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

Les objectifs du Plan cancer visent à augmenter la participation aux dépistages organisés des cancers, à travers les dispositifs d'information et de sensibilisation des populations cibles et des professionnels de santé, et à réduire les inégalités de participation par des actions spécifiques.

Les campagnes d'information pour le dépistage organisé des cancers

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

- Le dispositif d'information et de communication « **Octobre rose » 2011 pour le dépistage organisé du cancer du sein** a visé à une prise de conscience dans l'opinion publique pour convaincre les femmes directement concernées, mais aussi mobiliser leur entourage pour encourager les femmes à réaliser les mammographies (spots TV tournés par des journalistes et animateurs du groupe France Télévisions ; opération « ruban rose » virtuel sur la page Facebook).
- En 2012, à l'occasion du mois de mars dédié à **la mobilisation contre le cancer colorectal**, « **Mars bleu** », le dispositif d'information a été reconduit visant à sensibiliser les hommes et les femmes de 50-74 ans à l'importance du dépistage de ce cancer. L'objectif principal est d'inciter les personnes concernées à parler du dépistage avec leur médecin traitant (campagne TV et radio, film pédagogique en ligne sur www.e-cancer.fr).

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

Les interventions visant à réduire les inégalités de participation au dépistage

La participation aux dépistages organisés des cancers présente des disparités territoriales et sociales. Une stratégie visant à corriger ces inégalités a été engagée, à travers des actions en direction de populations spécifiques et des professionnels impliqués[32].

- **Pour mieux repérer le sous-dépistage**, une expérimentation de géocodage est en cours, afin de mettre en place un système d'information géographique ; cette territorialisation des zones de sous-dépistage vise à développer des interventions adaptées à des échelons géographiques plus fins. Suite à l'étude de faisabilité réalisée, l'expérimentation va être étendue à 22 départements. Des travaux sont aussi soutenus pour mieux comprendre les déterminants de la participation aux dépistages afin d'adapter les interventions : une étude pour identifier les facteurs prédictifs et déterminants de l'adhésion et de la fidélisation aux programmes de dépistage organisé des cancers du sein et cancer colorectal a été lancée en 2011 ; les résultats sont attendus pour 2013.
- Des partenariats sont initiés au niveau national pour **promouvoir des interventions de proximité et des actions ciblées** en faveur du dépistage des cancers et réduire les inégalités de participation. Une collaboration avec l'Agence nationale pour la cohésion sociale et l'égalité des chances (ACSé) a été engagée pour le développement d'actions locales destinées aux populations des quartiers, notamment à travers les ateliers santé ville. Des actions de proximité, destinées particulièrement aux femmes moins touchées par les campagnes de santé publique, ont été organisées en 2011 par les différents acteurs du dépistage notamment avec les caisses de la Mutualité sociale agricole, ainsi qu'avec les magasins « La Halle ». De plus, dans le cadre des

[32] Voir partie II du rapport (fiche mesure 14)

campagnes de mobilisation « Octobre rose » et « Mars bleu », des campagnes radio spécifiques en direction des femmes d'origine migrante sont réalisées en collaboration avec des stations radio de la diversité (Beur FM, Africa n°1, radio Orient).

- Dans l'objectif de réduire les inégalités sociales d'accès et de recours au dépistage des cancers, **des actions de proximité sont soutenues** sur appels à projets (INCa), pour développer des interventions de prévention primaire ou secondaire, ciblées notamment en direction des personnes les plus fragiles pour des raisons sociales, culturelles ou économiques. Ces actions peuvent aussi être soutenues dans le cadre de projets de recherche interventionnelle (voir 2.1). 6 nouveaux projets visant le développement de la cohérence territoriale, en adaptant les éléments d'information et en formant les personnes relais, ont été retenus en 2011. Les appels à projets pour 2012 ont été renouvelés fin 2011 par l'INCa.

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

- Une journée de restitution des projets financés par l'INCa sur la thématique « inégalités sociales de santé et cancer du col de l'utérus » a été organisée le 26 janvier 2012 pour rendre compte des apports des expérimentations (voir 2.5) et produire des préconisations en faveur d'une amélioration du suivi des femmes en situation de précarité. En outre, une enquête auprès des structures de gestion a été lancée en mai 2012 pour recenser les actions de terrain mises en place pour lutter contre les inégalités d'accès et de recours au dépistage des cancers, en vue de les valoriser auprès de l'ensemble des acteurs et de favoriser leur éventuelle mutualisation.
- Le plan d'actions pour la santé des personnes détenues[33], lancé en 2010, comporte des actions visant à améliorer le dépistage des cancers du sein, du col de l'utérus et colorectal pendant la détention. Un groupe de travail a été mobilisé, réunissant des représentants du ministère chargé de la Santé (DGS, DGOS), de l'administration pénitentiaire, de l'INCa, des ARS et des structures locales (UCSA, structures de gestion du dépistage), en vue d'une adaptation des protocoles existants aux personnes détenues.

La sensibilisation des professionnels de santé au dépistage et à la détection précoce

Les professionnels de santé sont sensibilisés au dépistage des cancers[34], à travers les mesures conventionnelles et au moyen d'actions et d'outils d'information et de formation.

- Les médecins traitants ont ainsi été incités à favoriser la participation au dépistage du cancer du sein parmi leur patientèle (femmes de 50 à 74 ans), à travers les contrats d'amélioration des pratiques : à la fin 2011, 38 % des médecins traitants ont signé un CAPI. La nouvelle convention médicale signée en 2011, qui a pris effet au 1er janvier 2012, prévoit d'intégrer dans le cadre de rémunération des médecins généralistes et gynécologues leur rôle dans l'augmentation de la participation des femmes au dépistage du cancer du sein.

FAIT MARQUANT 2012 : Nouvelle convention médicale prévoyant des mesures incitatives pour les médecins généralistes et gynécologues en faveur du dépistage du cancer du sein (en vigueur à partir du 1er janvier 2012).

- Par ailleurs, les médecins traitants ont été sensibilisés aux programmes de dépistage à travers les visites des délégués de l'Assurance maladie en 2010-2011, ciblées notamment sur le dépistage du cancer colorectal. En vue de renforcer l'implication des professionnels de santé, 4 projets visant à mieux comprendre leurs motivations et identifier les leviers ont été soutenus en 2011 (INCa).
- Des modules de formation en e-learning sont mis à la disposition des professionnels de santé ; trois modules sont mis en ligne sur www.e-cancer.fr portant sur la détection précoce des cancers de la cavité buccale, de la peau et du col de l'utérus (INCa).

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

[34] Voir partie II du rapport (fiche mesure 17)

- **S'agissant des cancers de la peau**, les actions conduites pour favoriser la détection précoce s'inscrivent en complément de la prévention (voir 2.3). Une journée nationale de dépistage du mélanome est organisée annuellement par le Syndicat national des dermato-vénérologues avec le soutien de l'INCa. Une fiche repères sur la détection précoce des cancers de la peau a été publiée en 2011 et plusieurs outils sont mis à la disposition des médecins traitants par l'INCa : un nouveau document synthétique d'information et un module de formation sur les cancers de la peau, élargi aux cancers cutanés d'origine professionnelle. Les résultats de l'étude sur le suivi des incidences selon les stades au diagnostic des cancers de la peau ont été publiés (InVS) et le rapport sur l'impact des parcours de soins sur le diagnostic du mélanome a été finalisé (HAS-INCa).

FAIT MARQUANT 2012 : Sensibilisation au dépistage des cancers de la peau, dans le cadre de la prévention des risques liés aux UV (Ministère chargé de la santé, Inpes, InVS, INCa, SNDV).

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

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

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

Le pilotage du dispositif des programmes nationaux de dépistage est renforcé par la mise en place de deux instances par la direction générale de la santé (DGS) depuis 2011, d'une part le comité stratégique national de dépistage des cancers, chargé de coordonner, piloter et suivre les orientations et axes stratégiques de la politique des dépistages, d'autre part un groupe de liaison du dépistage des cancers, instance de concertation et d'échange entre les acteurs de terrain et les institutions.

L'optimisation des programmes de dépistage organisé

- **S'agissant de l'évolution des techniques de dépistage**, à la suite du rapport sur les conditions de substitution des tests au gaïac par les tests immunologiques pour le dépistage organisé du cancer colorectal, publié par l'INCa en novembre 2011 sur saisine de la DGS, la décision du déploiement de l'utilisation des tests immunologiques à partir de mars 2013 a été annoncée par le ministre chargé de la santé. Un appel d'offre européen va être lancé pour le choix du test, piloté par la CNAMTS. Un guide d'organisation et de procédures pour la lecture des tests immunologiques est en cours d'élaboration.
  Concernant le dépistage du cancer du sein, l'expérimentation prévue de la dématérialisation pour la transmission et l'archivage est reportée dans l'attente de la stabilisation du parc de mammographes numériques.

FAIT MARQUANT 2012 : Décision de déploiement de l'utilisation des tests immunologiques pour le dépistage du cancer colorectal à partir de mars 2013.

- **L'harmonisation des pratiques entre les acteurs du dépistage est soutenue** à travers l'organisation de séminaires nationaux (DGS-CNAMTS-InVS-INCa), associant les structures de gestion et les agences régionales de santé, et par l'élaboration et la mise à disposition d'outils communs : un guide juridique à destination des acteurs du dépistage a ainsi été publié en 2011 (INCa). Une évaluation organisationnelle des structures de gestion du dépistage a été réalisée, donnant lieu à une première synthèse en 2011 ; un rapport synthétisant les résultats de plusieurs travaux d'évaluation est en voie de finalisation par l'INCa (rapport prévu en octobre 2012).

- **Pour améliorer le suivi du dépistage**, les tableaux de bord des indicateurs de pilotage pour le dépistage du cancer du sein et du cancer colorectal sont finalisés. Le système d'information existant est à analyser pour identifier les évolutions nécessaires, impliquant notamment les logiciels métiers de structures de dépistage. Une enquête spécifique InVS-INCa a été menée pour disposer des données d'activité de l'ensemble des structures de gestion pour le dépistage du cancer colorectal ; les résultats seront publiés en 2012.

La définition de nouvelles stratégies de dépistage

- Afin de permettre la définition de nouvelles stratégies de dépistage[35], plusieurs actions ont été engagées. **S'agissant du cancer de la prostate**, le rapport d'orientation sur les facteurs de risque et la pertinence du dépistage de ce cancer chez les sujets à risques a été publié par la HAS en avril 2012, sur saisine du ministère chargé de la Santé : il conclu qu'il n'y a pas de preuve suffisante pour justifier la mise en place d'un dépistage par dosage de l'antigène spécifique prostatique (PSA) parmi les populations à « haut risque » et insiste sur la nécessité de fournir une information complète aux hommes envisageant la réalisation d'un dépistage, notamment sur ses conséquences éventuelles.
- **Concernant le dépistage du cancer du sein**, des recommandations ont été publiées par la HAS en février 2012 pour améliorer la participation au dépistage organisé et visant à limiter les pratiques de dépistage individuel dans la population cible du dépistage organisé. Par ailleurs, les recommandations sur le dépistage du cancer du sein chez les femmes à haut risque sont en cours d'élaboration par la HAS ; leur publication est planifiée pour septembre 2012.
- Enfin, **le programme expérimental du dépistage du cancer du col de l'utérus**, soutenu par la DGS, la CNAMTS et l'INCa, se poursuit dans 13 sites ; l'évaluation est prévue en 2013 par l'InVS. La première expérimentation française en population générale utilisant la recherche de l'ADN viral des HPV oncogènes a démarré en 2011 dans un département (Ardennes) et une seconde expérimentation a été lancée (Meuse).

FAIT MARQUANT 2012 : publication du rapport de la HAS « Cancer de la prostate : identification des facteurs de risque et pertinence d'un dépistage par dosage de l'antigène spécifique de la prostate (PSA) de populations d'hommes à haut risque ? »

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

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

Les objectifs du Plan cancer

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

Au-delà des soins, l'objectif fixé par le Plan cancer est d'améliorer la qualité de vie des personnes pendant le cancer et après la maladie, par une meilleure prise en compte des conséquences de la maladie et des traitements sur la vie sociale et professionnelle.

Les actions réalisées ou engagées au 15 juin 2012

3.1. Développer des parcours personnalisés en impliquant le médecin traitant

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

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

- **Outil de partage et d'échange d'informations, le dossier communicant de cancérologie** (DCC) est en construction au sein du dossier médical partagé (DMP), en cours de déploiement. Suite à la publication du cadre national du DCC par l'ASIP santé et l'INCa en 2010, les travaux se poursuivent avec 7 régions pilotes[36] en vue de définir les conditions de l'interopérabilité et de standardisation du recueil des informations. Chaque projet est porté à la fois par le réseau régional de cancérologie et la maîtrise d'ouvrage régionale des systèmes d'information, avec le soutien de l'ARS.

  Ce dispositif facilitera la coordination des soins entre professionnels de santé, en particulier avec les médecins traitants, et permettra une meilleure continuité des prises en charge. Il donnera accès, avec l'accord de la personne, aux éléments du dossier médical, notamment les fiches RCP[37] et les comptes rendus d'anatomopathologie. Les travaux concernant le serveur national d'essais cliniques et le serveur de recommandations de bonnes pratiques cliniques se poursuivent. L'ensemble de ces expérimentations prépare une généralisation du DCC à partir de 2013.

- Afin d'associer le médecin traitant au parcours de soins des patients, **des guides par cancer explicitant les traitements et la prise en charge en ALD** sont élaborés par la HAS et l'INCa, avec l'objectif de couvrir les 25 localisations les plus fréquentes d'ici fin 2011. Une version de ces guides est déclinée pour les patients (voir 3.3). Ces guides décrivent la prise en charge standard des patients en ville et à l'hôpital et permettent aux médecins traitants de conforter leur fonction de proximité pendant et après les traitements. Ils intègrent depuis juin 2011 les éléments de suivi post ALD (actes et examens nécessaires, rythme, recommandations de surveillance partagée). En

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

[37] Réunion de concertation pluridisciplinaire (RCP)

juin 2012, les guides publiés couvrent 24 localisations de cancer[38] ; les 25 localisations de cancer les plus fréquentes devraient être couvertes d'ici fin 2012.
Un programme d'implémentation des guides a été engagé au sein des bases de données médicaments utilisées par les médecins généralistes (Vidal, Claude Bernard, Thériaque, Thésorimed).

FAIT MARQUANT 2012 : 24 localisations de cancer couvertes par les guides ALD pour les médecins traitants mi 2012 (HAS-INCa).

- L'expérimentation des **parcours personnalisés des patients pendant et après le cancer** a été mise en œuvre d'octobre 2010 à novembre 2011 sous le pilotage de la DGOS et l'INCa dans 35 sites pilotes, par des établissements de santé associés à des médecins traitants et des équipes soignantes de proximité, pour développer la mise en place de programmes personnalisés de prise en charge incluant la dimension sociale et l'après-cancer[39].
  Le bilan à un an montre que l'expérimentation a bénéficié à plus de 9 200 patients, inclus soit au moment de la mise en place de leur traitement, soit en phase d'après-cancer. Près des deux tiers d'entre eux (64 %) ont été destinataires d'un programme personnalisé de soins (PPS). Des éléments de fragilité sociale ont été détectés pour un tiers des patients inclus (voir 3.5).
  L'évaluation du dispositif a été réalisée sur deux volets : un suivi détaillé de l'activité des équipes et des missions des infirmiers coordonnateurs et une évaluation externe, menée sous forme d'enquêtes, afin d'apprécier l'impact du dispositif du point de vue des patients et des professionnels hospitaliers et libéraux. Ses conclusions, rendues en mai 2012, conduisent à préconiser un approfondissement de la mise en œuvre du parcours personnalisé de soins, à travers une poursuite de l'expérimentation selon des modalités renouvelées, afin de proposer un cadre national de déploiement.

FAIT MARQUANT 2012 : Evaluation de l'expérimentation 2010-2011 de la mise en œuvre des programmes personnalisés de soins et de l'après-cancer et du rôle des infirmiers coordonnateurs de soins (DGOS-INCa).

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

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

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

La qualité et la sécurité des prises en charge

- **Les 885 établissements de santé autorisés pour le traitement des cancers** doivent remplir tous les critères attendus de sécurité et de qualité des prises en charges. Le dispositif des autorisations de traitements des cancers va être finalisé en 2012 par les agences régionales de santé. A l'issue des contrôles réalisés dans les établissements en 2010-2011, des mises en conformité sont encore à réaliser.

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

[39] Voir partie II du rapport (fiche mesure 18)

Cette démarche de mise en conformité est appuyée sur un soutien financier conséquent aux établissements de santé : 28 millions d'euros ont été alloués en 2010 et 2011 en lien avec cet objectif. En outre, un accompagnement des établissements et des ARS, par la DGOS et l'INCa, a été mené notamment à travers l'organisation régulière de réunions nationales d'échanges et la mise à disposition d'une grille d'auto évaluation (check-list).

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

L'appartenance à un **réseau régional de cancérologie (RRC)** constitue l'une des conditions que doit satisfaire tout établissement de santé qui traite des malades atteints de cancer, dans le cadre du dispositif des autorisations. Chacune des régions françaises est couverte par un réseau régional. Conformément au processus de reconnaissance des RRC pour garantir la conformité aux critères correspondant aux objectifs du référentiel national de leurs missions, 23 réseaux régionaux ont fait l'objet d'une reconnaissance par l'INCa à mi 2012, selon la procédure publiée. Les RRC répondent à une logique de coordination des opérateurs de santé à l'échelle régionale et d'amélioration continue des pratiques en cancérologie.

- Dans le cadre de la généralisation de l'accès aux mesures transversales et de l'amélioration de la qualité des prises en charge en cancérologie, le **contenu minimum du programme personnalisé de soins (PPS) et du programme personnalisé de l'après cancer (PPAC)** sont publiés et mis à disposition de l'ensemble des professionnels.

  En outre, plusieurs études ont été finalisées au premier semestre 2012. Ainsi, **le rapport de l'étude d'évaluation du ressenti du dispositif d'annonce par les malades,** menée en 2011 par l'INCa en lien avec le ministère chargé de la santé (DGOS) et la Ligue nationale contre le cancer, a été publié en mai 2012. **L'étude sur les délais de prise en charge pour les cancers du sein et du poumon,** pilotée par l'INCa en collaboration avec la FNORS[40] et conduite dans 8 régions par les réseaux régionaux de cancérologie en lien avec les observatoires régionaux de santé, a été finalisée ; le rapport sera publié en 2012. La deuxième phase concernant la mesure des délais de prise en charge des cancers colorectaux et de la prostate a démarré début 2012.

FAIT MARQUANT 2012 : Rapport de l'étude d'évaluation du ressenti du dispositif d'annonce par les malades, menée par l'INCa en lien avec le ministère chargé de la santé (DGOS) et la Ligue nationale contre le cancer.

- Afin d'élaborer des référentiels spécifiques pour les **structures d'hospitalisation à domicile (HAD) réalisant des chimiothérapies**, un premier état des lieux a été réalisé à partir de l'analyse de l'activité 2009 des structures HAD, des travaux portés par un groupe de travail pluriprofessionnel et par des entretiens avec des professionnels de terrain. Ce travail a permis de mettre en exergue les pratiques de la chimiothérapie en HAD et les problématiques soulevées. L'état des lieux sur l'activité des structures d'HAD sera actualisé en 2012. La publication du référentiel pour les structures d'HAD réalisant des chimiothérapies à domicile est suspendue, dans l'attente de la redéfinition en cours du périmètre d'activité de l'HAD (DGOS-INCa).
- **La qualité des prises en charge des malades est également soutenue par la production de guides et de recommandations**. Cinq recommandations nationales de prise en charge spécialisée ont été élaborées par l'INCa avec les sociétés savantes et publiées depuis 2009[41]. Une nouvelle recommandation portant sur la prise en charge de la maladie de Hodgkin a été finalisée et va être publiée en 2012. De plus, l'INCa et la HAS ont attribué un label méthodologique à 5

[40] Fédération nationale des observatoires régionaux de santé

[41] Les recommandations nationales de prise en charge spécialisée concernent : les cancers du sein *in situ,* les cancers de l'ovaire, les cancers du poumon non à petites cellules, les cancers de l'endomètre et la chirurgie prophylactique dans la prise en charge des cancers avec prédisposition génétique (cancers du sein, de l'ovaire, de l'estomac, du côlon, du rectum et de la thyroïde).
Les recommandations de sociétés savantes concernent : les carcinomes épidermoïdes cutanés, des maladies trophoblastiques gestationnelles et des métastases hépatiques synchrones du cancer colorectal, les pratiques chirurgicales en cancérologie digestive et en cancérologie thoracique.

recommandations de sociétés savantes. Par ailleurs, des guides par cancer explicitant le parcours, du diagnostic au suivi, sont élaborés par la HAS et l'INCa pour les médecins traitants (voir 3.1).

L'accès aux soins sur l'ensemble du territoire

- **Afin de faciliter l'accès au diagnostic et à la surveillance des cancers *via* l'imagerie, le Plan cancer fixe l'objectif d'accroître le parc d'IRM**, notamment dans les régions ayant la mortalité par cancers la plus élevée[42]. Cet objectif a été intégré dans le guide des schémas régionaux de l'organisation des soins (SROS), qui définit les orientations pour l'élaboration par les ARS de leur schéma régional. Selon l'enquête annuelle réalisée par la DGOS, 33 IRM supplémentaires ont été installés en 2009 et 2010 dans les 10 régions ciblées (sur un objectif total de 88 nouveaux appareils d'ici 2013). Les résultats de l'étude engagée par la DGOS, l'INCa et la Société française de radiologie pour apprécier les délais d'accès aux examens IRM pour des patients atteints de cancer (sein, utérus et prostate) ont été publiés en mars 2012.
- **Le soutien à la radiothérapie** vise à assurer la qualité et la sécurité des pratiques et à renforcer les moyens humains dans les centres (voir 1.3). Le rapport de l'Observatoire national de la radiothérapie, publié début janvier 2012, présente l'évolution 2007-2010 des équipements dédiés à la radiothérapie, de l'activité des centres et des ressources humaines travaillant dans cette discipline ; il dresse également un bilan des pratiques de prise en charge. Le rapport « La situation de la radiothérapie en 2011 », publié en juin 2012 par l'INCa, comporte l'analyse de la situation et propose des recommandations et perspectives d'actions. La dernière réunion du comité national de suivi de la radiothérapie s'est tenue le 3 février 2012 ; le bilan des mesures entreprises pour la radiothérapie a été présenté, il est publié en juin 2012. Par ailleurs, un groupe de travail va être mis en place par l'INCa pour définir les conditions de fonctionnement des plateaux techniques en radiothérapie.

FAIT MARQUANT 2012 : Publication du rapport final du comité national de suivi de la radiothérapie en juin 2012.

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

[42] Voir partie II du rapport (fiche mesure 21).

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

Mesure 21 **Garantir un égal accès aux traitements et aux innovations**
Mesure 23 **Développer des prises en charge spécifiques**

L'accès aux traitements innovants, en particulier les nouvelles thérapies ciblées, s'appuie sur la réalisation des tests de biologie moléculaire. Cet accès progresse fortement grâce aux référentiels de bon usage, publiés conjointement par l'ANSM[43] et l'INCa après avis de la HAS, et grâce au développement important de l'activité des plateformes de génétique moléculaire[44].
En outre, l'égal accès de tous aux traitements implique le développement de prises en charges spécifiques pour certaines populations plus vulnérables en raison de leur âge ou de leurs prédispositions génétiques.

Le développement de l'accès aux traitements innovants

- **L'accès aux médicaments innovants en cancérologie**, inscrits sur la « liste en sus », implique une utilisation conforme aux référentiels de bon usage (RBU). Depuis 2010, 12 molécules ont été radiées de la liste en sus (dont 5 molécules au 1er mars 2012) et 4 nouvelles molécules inscrites (dont 1 molécule en avril 2012). Les référentiels de bon usage sont modifiés avec la suppression de ces molécules. Une évolution des RBU interviendra dans le cadre de la mise en œuvre de la loi du 29 décembre 2011 relative au renforcement de la sécurité sanitaire des médicaments et des produits de santé.
- **Les tests moléculaires permettant la juste prescription des thérapies ciblées** augmentent de façon conséquente, traduisant leur accessibilité pour les malades. Ces tests visent, en identifiant d'éventuelles mutations génétiques dans les tumeurs, à déterminer la possibilité pour un malade d'accéder à une thérapie ciblée, *via* l'identification de marqueurs spécifiques (biomarqueurs), à affiner le diagnostic ou établir un pronostic.
  Les tests sont réalisés par 28 plateformes hospitalières de génétique moléculaire des cancers, réparties sur l'ensemble du territoire et soutenues par le ministère chargé de la Santé (DGOS) et l'INCa pour permettre la réalisation de ces tests sans contrepartie financière. Afin d'anticiper l'arrivée des nouvelles thérapies ciblées pour les rendre disponibles le plus rapidement possible, l'INCa a par ailleurs mis en place un programme de détection prospective de biomarqueurs émergents dans le cancer du poumon, le cancer colorectal et le mélanome.
  La synthèse de l'activité globale 2010 des plateformes hospitalières de génétique moléculaire a été publiée par l'INCa fin 2011, complétée par un rapport relatif aux tests de génétique moléculaire déterminant l'accès aux thérapies ciblées. Un programme d'évaluation externe engagé en 2011, va permettre de s'assurer de la qualité de la réalisation de ces tests moléculaires.

FAIT MARQUANT : Augmentation du nombre de patients bénéficiant de tests moléculaires déterminant l'accès aux thérapies ciblées (61 000 patients en 2010 ; 42 800 en 2009 ; 31 900 en 2008).

- Suite à l'appel à projets lancé en mars 2011 pour **soutenir l'installation d'équipements de radiothérapie peropératoire dans les cancers du sein**, huit centres de radiothérapie ont été retenus pour participer à ce projet qui durera 24 mois. L'objectif est d'accompagner la mise en œuvre et l'évaluation médico-économique de traitements comportant un nombre réduit de séances par rapport aux traitements standards, garantissant la même sécurité aux femmes traitées tout en apportant une meilleure qualité de vie.

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

[43] Agence Nationale de Sécurité du Médicament (ex-AFSSAPS)

[44] Voir partie II du rapport (fiche mesure 21)

Le soutien de prises en charge spécifiques

- **La prise en charge des enfants et adolescents atteints de cancer** s'appuie désormais sur 7 organisations interrégionales de recours (OIR), constituées progressivement en 2009 et 2010. La consolidation de ce dispositif s'est poursuivie en 2011, avec notamment le renforcement de l'activité d'anatomocytopathologie en Ile-de-France. Les 5 projets retenus pour expérimenter un programme personnalisé de l'après-cancer des patients traités dans l'enfance et l'adolescence ont démarré en septembre 2011. Un programme spécifique est par ailleurs engagé en faveur des adolescents et jeunes adultes atteints de cancer, visant deux objectifs prioritaires : renforcer le travail conjoint des pédiatres et de la médecine adulte autour de ces jeunes et améliorer la prise en compte de leurs préoccupations personnelles relatives aux effets secondaires des traitements, à la préservation de leur fertilité, à la poursuite de leurs études et à leur réinsertion professionnelle (les 8 projets sélectionnés début 2012, sur appel à projets DGOS-INCa, seront soutenus sur 24 mois). Plus de 15 000 unités de sang de cordon ont été inscrites au total sur le registre français de sang placentaire entre 2009 et novembre 2011, traduisant l'impact important de la structuration menée par l'agence de la biomédecine[45].

FAIT MARQUANT 2012 : soutien de 8 projets intégrés et novateurs en faveur des adolescents et jeunes adultes atteints de cancer.

- **La prise en charge des patients adultes atteints de cancers rares bénéficie de la mise en place progressive de centres experts nationaux** travaillant en lien avec des centres experts régionaux et des réseaux d'expertise anatomopathologique. Après une première phase de mise en place, qui s'est traduite par le soutien de 15 centres experts nationaux de référence en 2009 et 2010, un nouvel appel à projets a été lancé en 2011 qui s'est traduit par la création de 2 centres experts nationaux supplémentaires, l'un pour les mésothéliomes pleuraux malins et l'autre pour les cancers viro-induits chez le transplanté, bénéficiant d'un financement à hauteur de 433 350 euros (LFSS). Un nouvel appel à projets a été lancé par l'INCa en mai 2012 afin de poursuivre la mise en place de cette organisation en ciblant prioritairement les cancers rares non encore structurés : cancers du rein rares, sarcomes osseux, cancers cutanés rares, tumeurs malignes rares du système nerveux central, mélanomes de l'uvée et cancers chez les porteurs de VIH (projets attendus en août ; évaluation programmée en octobre 2012).
  Un bilan d'activité des premiers centres experts identifiés en 2009 a été réalisé. Le suivi de cette organisation se poursuit, avec la programmation d'un audit en 2013 en vue d'une labellisation de l'ensemble des centres structurés. Par ailleurs, l'INCa participe aux travaux portant sur les soins, dans le cadre du Partenariat européen de lutte contre le cancer (EPAAC), visant notamment à l'harmonisation des recommandations dans les cancers rares au niveau européen (objectif 2).

FAIT MARQUANT 2012 : 17 cancers rares bénéficiant d'une organisation autour de centres experts. La finalisation du dispositif pour la prise en charge d'une vingtaine de types de tumeurs est programmée fin 2012.

- **L'organisation de la prise en charge des patients âgés atteints de cancer est en cours d'évolution, à travers le déploiement national des unités de coordination en oncogériatrie** (UCOG) avec les objectifs suivants : mieux adapter les traitements des patients âgés atteints de cancer par des décisions conjointes oncologues-gériatres, rendre cette prise en charge accessible à tous, contribuer au développement de la recherche, soutenir la formation et l'information en oncogériatrie. Sur appel à projets, 15 UCOG sont soutenues dans 10 régions depuis 2011. De nouvelles unités seront identifiées en 2012.
  Afin de mieux repérer les personnes âgées atteintes de cancer à risque de mauvaise tolérance d'un traitement anticancéreux, l'outil « Oncodage » a été publié en avril 2012 pour identifier les patients devant bénéficier d'une consultation adaptée et/ou d'une évaluation gériatrique approfondie (EGA) avant de commencer un traitement.

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

[45] Voir partie II du rapport (fiche mesure 23).

- Afin d'anticiper **l'augmentation des consultations et des tests d'oncogénétique**, un soutien de 5,4 millions d'euros a été apporté aux laboratoires d'oncogénétique sur la période 2009-2011. La synthèse 2010 de l'activité d'oncogénétique en France a été réalisée et le rapport de bilan des expériences pilotes pour la prise en charge multidisciplinaire des personnes prédisposées héréditairement au cancer a été publié en février 2012 (INCa). Un appel à projets a été lancé pour le déploiement de ces expériences (les projets sont attendus pour fin juin 2012).

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

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

Afin de permettre aux patients de devenir acteurs de leur prise en charge, le Plan cancer fixe l'objectif de leur rendre accessible une information de référence sur les cancers[46].

- **La plateforme d'information Cancer info**, développée par l'INCa et la Ligue nationale contre le cancer, a vocation à constituer un point de repère dans un environnement informationnel parfois confus et un outil au service de la relation médecin-patients. Cancer info a pour finalités d'améliorer la compréhension par les patients de leur maladie et de ses traitements et de contribuer ainsi à renforcer la qualité de leur prise en charge. La plateforme repose sur trois vecteurs d'accès : un site internet, une ligne téléphonique et des guides d'information. Elle a fait l'objet d'une campagne de communication en 2011, qui a eu pour effet d'accroître très significativement les sollicitations, notamment sur la rubrique internet (plus de 1 million de visites en 2011).
  La collection des guides Cancer info été développée et compte aujourd'hui 25 références, dont 12 nouveaux guides publiés en 2010-2011 : par type de cancers, sur les traitements et sur la vie avec un cancer. Des dispositifs d'information des patients utilisant la plateforme Cancer info sont mis en place dans les établissements de santé (espaces Cancer Info). Le nombre de guides commandés en 2011 a été marqué par une progression de 30 % par rapport à 2010, qui traduit une forte demande.

  Des guides d'information ALD destinés aux patients sont publiés par la HAS et l'INCa. Nouvelle série déclinée des guides ALD destinés aux médecins traitants (voir 3.1), ces documents d'information sont remis aux patients par leur médecin traitant[47]. Ils répondent à la volonté de promouvoir une information partagée entre les patients et leur médecin, sur la maladie, sa prise en charge et son suivi. 2 nouveaux guides destinés aux patients ont été publiés au premier semestre 2012, ce qui porte à 21 le nombre total des guides disponibles[48].

FAIT MARQUANT 2012 : 21 guides ALD destinés aux patients, disponibles mi 2012 (HAS-INCa).

[46] Voir partie II du rapport (fiche mesure 19).

[47] Voir partie II du rapport (fiche mesure 18).

[48] Ils concernent les localisations suivantes : colorectal, mélanome cutané, poumon, col de l'utérus, ovaire, sein, thyroïde, voies aérodigestives supérieures, prostate, vessie, rein, foie, pancréas, système nerveux centra, lymphomes non hodgkiniens, endomètre, testicule, leucémie lymphoïde chronique, myélome multiple, œsophage, estomac.

3.5. Améliorer la vie pendant et après le cancer

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

L'amélioration de la qualité de vie des personnes touchées pendant et après le cancer est un enjeu majeur du Plan cancer 2009-2013. En effet, si les progrès réalisés dans le diagnostic et les traitements ont permis de faire reculer la mortalité par cancer en France au cours des vingt dernières années, les personnes touchées par le cancer sont confrontées à de nombreuses difficultés pour préserver ou reprendre une vie sociale et professionnelle. Pour beaucoup d'entre elles, le cancer s'accompagne de séquelles liées à la maladie ou aux traitements.

Une mobilisation forte de tous les acteurs impliqués est nécessaire pour mener à bien les actions nouvelles programmées. Ainsi, **la campagne de communication sur l'image sociale des cancers**, déployée en mai 2011 par le ministère chargé de la Santé et l'INCa, vise à faire évoluer les représentations sur la maladie et les personnes touchées.

L'observation et la compréhension des besoins des personnes atteintes

- L'estimation du nombre de personnes qui vivent après un cancer est une donnée importante pour mobiliser les acteurs. Selon l'étude des survies publiée en 2010[49]., parmi les patients diagnostiqués chaque année en France, on estime que **plus d'1 sur 2 seront vivants après 5 ans et 38 % pourront guérir de leur cancer** – même si les pronostics de survie varient selon la localisation du cancer et le stade au diagnostic, ainsi que selon le sexe et l'âge de la personne. Un nouveau rapport sur les survies après un diagnostic de cancer va être publié par l'InVS en septembre 2012, sur la base d'une méthode d'estimation renouvelée (voir 2.2).
- **L'enquête relative à la qualité de vie des personnes atteintes de cancer deux ans après le diagnostic** progresse (pilotage INCa-Assurance maladie) ; les résultats attendus pour 2013 permettront de mesurer les évolutions constatées depuis la précédente enquête réalisée en 2008 par la DREES (voir 2.2).
- **Le rapport « Situations de travail et trajectoires professionnelles des actifs atteints de cancer » (INCa-ARC)** a été finalisé et va être publié en 2012 ; il présente la synthèse des recherches menées sur la période 2007-2010 et financées sur appels à projets par l'ARC et l'INCa. Un nouvel appel à projets de recherches en sciences humaines et sociales sur la thématique « cancer et emploi » a été lancé par l'INCa fin 2011 ; 3 projets ont été retenus en mai 2012 et vont être financés sur une durée de 24 à 36 mois.
- **L'Observatoire sociétal des cancers**, créé sous l'égide de la Ligue nationale contre le cancer, s'est fixé trois missions : observer les répercussions du cancer sur les plans social et sociétal, dénoncer les inégalités induites par la maladie, proposer des solutions pour corriger ces inégalités. Son premier rapport, publié en en mars 2012, met en lumière la réalité du vécu des personnes malades, au regard notamment de leurs ressources et des charges, de la vie quotidienne à domicile et des difficultés liées aux séquelles physiques et psychologiques, ainsi que de la vie professionnelle et des conditions de la reprise du travail.

FAIT MARQUANT 2012 : Premier rapport de l'Observatoire sociétal des cancers, sous l'égide de la Ligue nationale contre le cancer.

[49] *Rapport « La survie attendue des patients atteints de cancer en France » INCa avril 2010*

La prise en compte des conséquences sociales de la maladie et des traitements

Plusieurs mesures sont engagées pour détecter les fragilités sociales le plus tôt possible, favoriser l'accès aux droits pour les personnes atteintes et assurer une continuité de l'accompagnement social pendant et après le cancer.

- La dimension sociale du parcours des personnes atteintes est intégrée dans la démarche et les outils conçus grâce à l'expérimentation conduite dans 35 sites pilotes par des établissements de santé, associés à des médecins traitants et des équipes soignantes de proximité (voir 3.1).
  Une fiche de détection des fragilités sociales a ainsi été mise en place pour repérer de façon précoce les risques et orienter les personnes vers les assistantes sociales pour les guider dans leurs démarches. Le bilan réalisé à 12 mois montre que, parmi les 9 200 patients inclus, des éléments de fragilité sociale ont été détectés pour un tiers d'entre eux, qui ont bénéficié de la proposition de mesures spécifiques d'accompagnement social (32 %).
  Par ailleurs, les programmes personnalisés de soins (PPS) et de l'après cancer (PPAC) incluent la dimension sociale. **Le contenu minimum du programme personnalisé de l'après-cancer (PPAC)** a été publié début 2012 par l'INCa.

FAIT MARQUANT 2012 : Publication du contenu minimum du programme personnalisé de l'après cancer (PPAC).

- Afin de mieux prendre en compte les situations de handicap des personnes atteintes de cancer en raison de la maladie ou des conséquences des traitements[50], **les coopérations entre équipes de soins et maisons départementales des personnes handicapées (MDPH)** ont été expérimentées en 2011 par la CNSA, en partenariat avec l'INCa. Cette action spécifique, qui s'est inscrite dans le cadre de l'expérimentation des parcours personnalisés pendant et après le cancer, a été conduite dans 8 départements. Le rapport final a été publié en février 2012 ; il comporte des propositions de démarches et d'outils, issues de l'expérimentation, et destinées à l'ensemble des MDPH et des structures sanitaires prenant en charge des patients atteints de cancer. Ces outils et processus de coordination vont être déployées auprès de l'ensemble des départements.

FAIT MARQUANT 2012 : Rapport CNSA-INCa « Parcours personnalisés pendant et après le cancer : pratiques de coopération entre structures sanitaires et MDPH ».

- Le Plan cancer se fixe également pour objectif d'**améliorer l'accompagnement social des personnes âgées atteintes de cancer**. Les actions engagées visent à soutenir la coordination entre les acteurs sociaux, médico-sociaux et sanitaires, pour assurer la continuité des prises en charge. Un guide des dispositifs sociaux et médico-sociaux destiné aux professionnels de santé est en cours d'élaboration par le ministère chargé des affaires sociales (direction générale de la cohésion sociale) ; sa publication est prévue en octobre 2012. Le décloisonnement sanitaire et social est un des enjeux des schémas régionaux d'organisation médico-sociale (SROMS) adoptés par les agences régionales de santé, en articulation avec les schémas départementaux des conseils généraux. La sensibilisation des acteurs locaux sera aussi encouragée, notamment via une mobilisation des comités départementaux des retraités et des personnes âgées (CODERPA).
- La disponibilité des **hébergements à proximité des lieux de prise en charge médicale** est encouragée *via* des appels à projets lancés par l'INCa, en partenariat avec la Ligue nationale contre le cancer. Suite au premier appel à projets lancé en 2011, 10 projets ont déjà été retenus et l'appel à projets a été réédité en avril 2012 (projets attendus fin juin ; évaluation programmée en septembre-octobre 2012). Ce type d'hébergement permet d'éviter une hospitalisation prolongée et favorise une réadaptation et un retour progressif à une vie familiale et sociale normale.

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

L'amélioration de l'accès aux assurances et au crédit

Pour améliorer l'accès aux assurances et au crédit des personnes présentant un risque aggravé de santé, les actions progressent pour **la réalisation des engagements pris par la nouvelle convention AERAS** signée le 1er février 2011 par l'Etat, les associations et les fédérations des secteurs de la banque et de l'assurance.

- L'élargissement des conditions d'éligibilité au dispositif d'« écrêtement des surprimes » pour les emprunteurs à revenus modestes est à présent effectif. La nouvelle garantie invalidité, disponible depuis septembre 2011, devrait pouvoir concerner 70 % des assurés admis en 2ème catégorie invalidité sécurité sociale, selon les résultats d'une étude DSS-CNAMTS. Le site internet AERAS a été actualisé fin 2011 pour une information adaptée du public.
- En outre, les travaux de la commission des études et des recherches ont démarré en janvier 2012 pour faire évoluer les éléments d'appréciation du risque par pathologie. Dans ce cadre, l'INCa pilote un groupe d'experts consacré aux pathologies cancéreuses, pour le compte de la commission et sur saisine du ministre chargé de la santé.

L'information adaptée des personnes touchées

L'amélioration de la prise en charge passe aussi par une information adaptée des personnes atteintes sur leurs droits et sur les démarches à entreprendre.

- **Une nouvelle édition actualisée du guide « démarches sociales et cancer »**, dans la collection des guides Cancer Info (voir 3.4), a été publiée en mai 2012. Il recense l'ensemble des dispositifs destinés aux personnes atteintes de cancer et les droits dont elles disposent.

FAIT MARQUANT 2012 : Nouvelle édition actualisée du guide Cancer Info « démarches sociales et cancer ».

- **Un état des lieux des dispositifs mobilisables pour le retour et le maintien dans l'emploi** est en cours d'élaboration, sous le pilotage du ministère chargé de l'emploi (DGEFP) avec l'ensemble des acteurs institutionnels impliqués et les associations de patients et d'usagers (Ligue, CISS). Il permettra d'enrichir les outils et supports d'information mis à la disposition des patients, les professionnels et les employeurs (Cancer Info, Santé Info droits, site www.travailler-mieux.gouv.fr, etc).
- Pour une information de proximité, **un annuaire de tous les professionnels du secteur social** sera mis à la disposition des personnes atteintes de cancer dans chaque département ; un modèle commun a été élaboré par la Ligue nationale contre le cancer et fait l'objet d'une expérimentation dans 15 départements[51].

FAIT MARQUANT 2012 : Expérimentation de l'annuaire du secteur social conduite dans 15 départements, sous le pilotage de la Ligue nationale contre le cancer.

[51] Voir partie II du rapport (fiche mesure 26).

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

au 15 juin 2012

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

  Axe 1 : Recherche
  Axe 2 : Observation
  Axe 3 : Prévention et dépistage
  Axe 4 : Soins
  Axe 5 : Vivre pendant et après le cancer

- Exécution budgétaire détaillée

Indicateurs des 6 mesures "phare"

Mesure 1 : Renforcer les moyens de la recherche pluridisciplinaire

Indicateurs de résultats	valeur active	date de valeur	valeur cible à 2013	Commentaire
Nombre de sites de recherche intégrée sur le cancer labellisés	2	31/12/2011	5	2 premiers SIRIC labellisés en juin 2011
Taux d'évolution du nombre d'inclusions dans les essais cliniques (par rapport à 2008)	63 %	01/06/2012	50 %	21 750 patients inclus en 2008 34 067 patients inclus en 2010 35 390 patients inclus en 2011

Mesure 3 : Caractériser les risques environnementaux et comportementaux

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

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

Indicateurs de résultats	valeur active	date de valeur	valeur cible à 2013	Commentaire
Nombre de publications du rapport « Situation du cancer en France »	3	31/12/2011	5	rapport actualisé et publié chaque année depuis 2009
Nombre d'indicateurs produits et diffusés sur le Portail des données du cancer	392	15/03/2012	400	Portail ouvert depuis le 17 octobre 2011 sur www.e-cancer.fr

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

Indicateurs de résultats	valeur active	date de valeur	valeur cible à 2013	Commentaire
Taux de participation au dépistage organisé du cancer du sein	52,7 %	01/04/2012	65%	taux de participation pour l'année 2011 délivré par l'InVS
Taux de participation au dépistage organisé du cancer colorectal	32 %	01/03/2012	60 %	données InVS ; taux calculé sur la période 2010-2011 dans l'ensemble des départements
Part des départements ayant un taux de participation au dépistage organisé cancer du sein < 50 %	22 %	01/04/2012	0 %	pour l'année 2011 - source : InVS

Mesure 18 : Personnaliser la prise en charge des malades

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

Mesure 25 : Développer une prise en charge sociale personnalisée

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

Synthèse de l'exécution budgétaire du Plan

Financeur	Budget 2009-2013 du Plan	Réalisé 2009-2011	Taux d'exécution	Budget de la période 2009-2011	Taux d'exécution de la période
PLFSS (DGOS)	682 848 000 €	253 646 769 €	37,1 %	298 634 000 €	84,9 %
PLFSS (FNPEIS)	563 400 000 €	254 028 794 €	45,1 %	300 000 000 €	84,7 %
PLFSS (FICQS)	1 900 000 €	0 €	0,0 %	300 000 €	0,0 %
PLFSS (DGS)		11 023 505 €			
INCa	388 265 000 €	185 588 970 €	47,8 %	214 107 000 €	86,7 %
Inserm		17 679 488 €			
DGS	205 318 000 €	116 384 529 €	56,7 %	118 918 000 €	97,9 %
DGCS	3 800 000 €	0 €	0,0 %	600 000 €	0,0 %
INPES	63 900 000 €	31 864 567 €	49,9 %	38 340 000 €	83,1 %
InVS	23 298 000 €	9 376 982 €	40,2 %	13 146 000 €	71,3 %
CNSA	6 400 000 €	8 949 €	0,1 %	1 400 000 €	0,6 %
MESR	6 285 000 €	0 €	0,0 %	2 131 000 €	0,0 %
DGT	175 000 €	57 785 €	33,0 %	125 000 €	46,2 %
Total	**1 945 589 000 €**	**879 660 338 €**	**45,2 %**	**987 701 000 €**	**89,1 %**

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

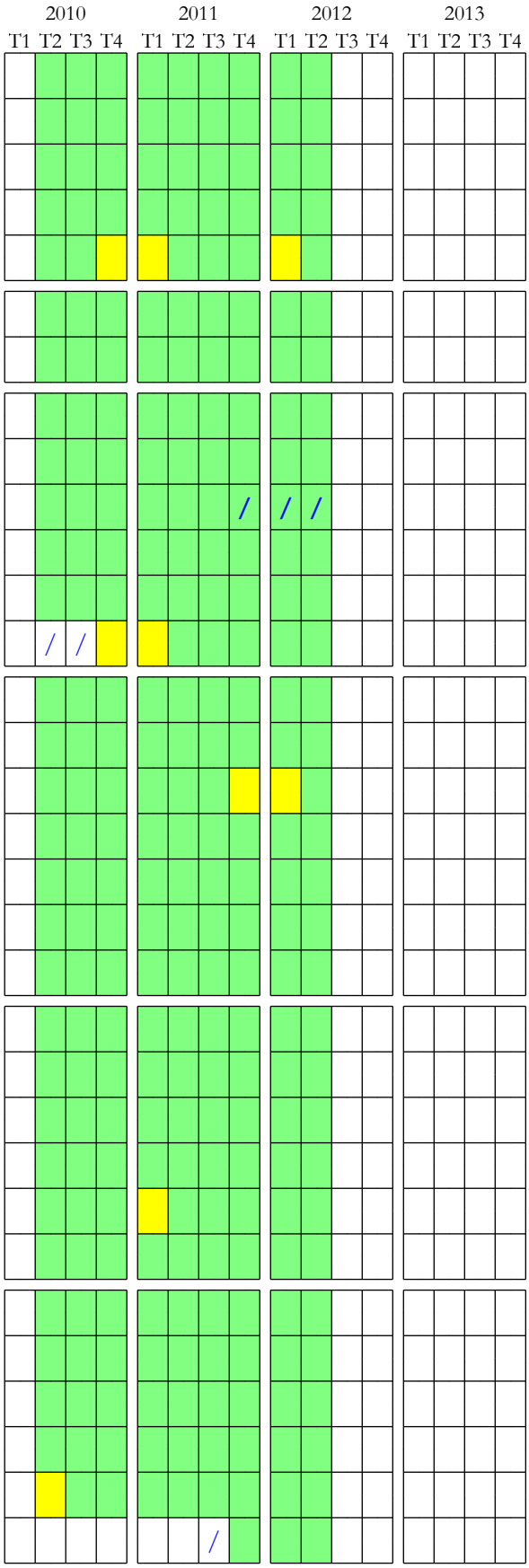
Synthèse de l'exécution budgétaire 2011

Financeur	Budget de la période 2011	Réalisé 2011	Taux d'exécution 2011
PLFSS (DGOS)	157 557 000 €	117 325 569 €	74,5 %
PLFSS (FNPEIS)	118 000 000 €	83 318 413 €	70,6 %
PLFSS (FICQS)	300 000 €	0 €	0,0 %
PLFSS (DGS)		8 823 505 €	
INCa	92 742 000 €	70 240 648 €	75,7 %
Inserm		17 679 488 €	
DGS	40 900 000 €	38 700 000 €	94,6 %
DGCS	600 000 €	0 €	0,0 %
INPES	12 780 000 €	9 659 985 €	75,6 %
InVS	5 126 000 €	2 714 600 €	53,0 %
CNSA	1 400 000 €	8 949 €	0,6 %
MESR	1 445 000 €	0 €	0,0 %
DGT	50 000 €	41 126 €	82,3 %
Total	**430 900 000 €**	**348 512 283 €**	**80,9 %**

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

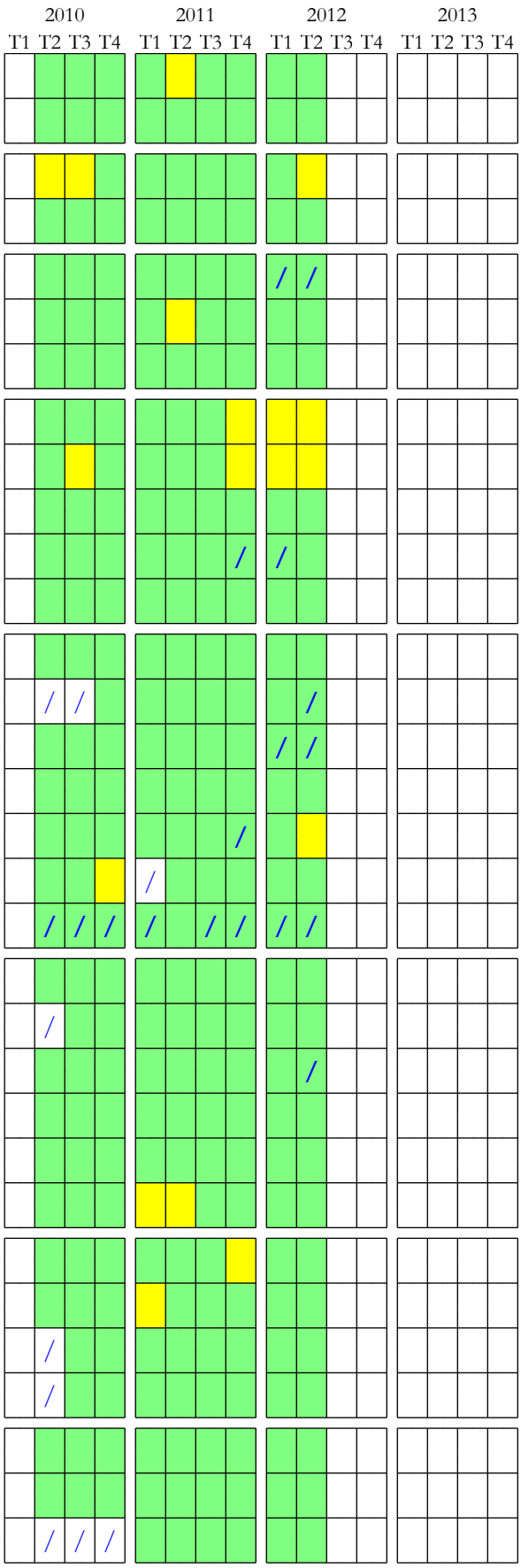
Récapitulatif de l'état d'avancement des actions du Plan
1/4

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



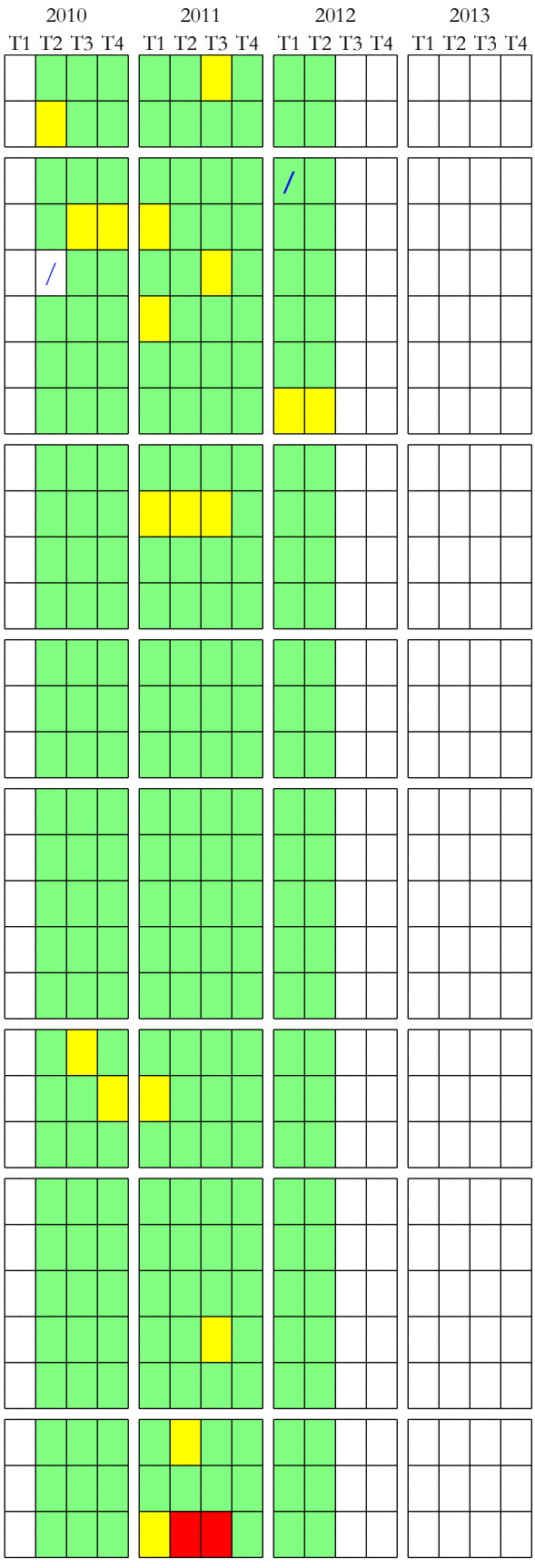
Récapitulatif de l'état d'avancement des actions du Plan
2/4

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



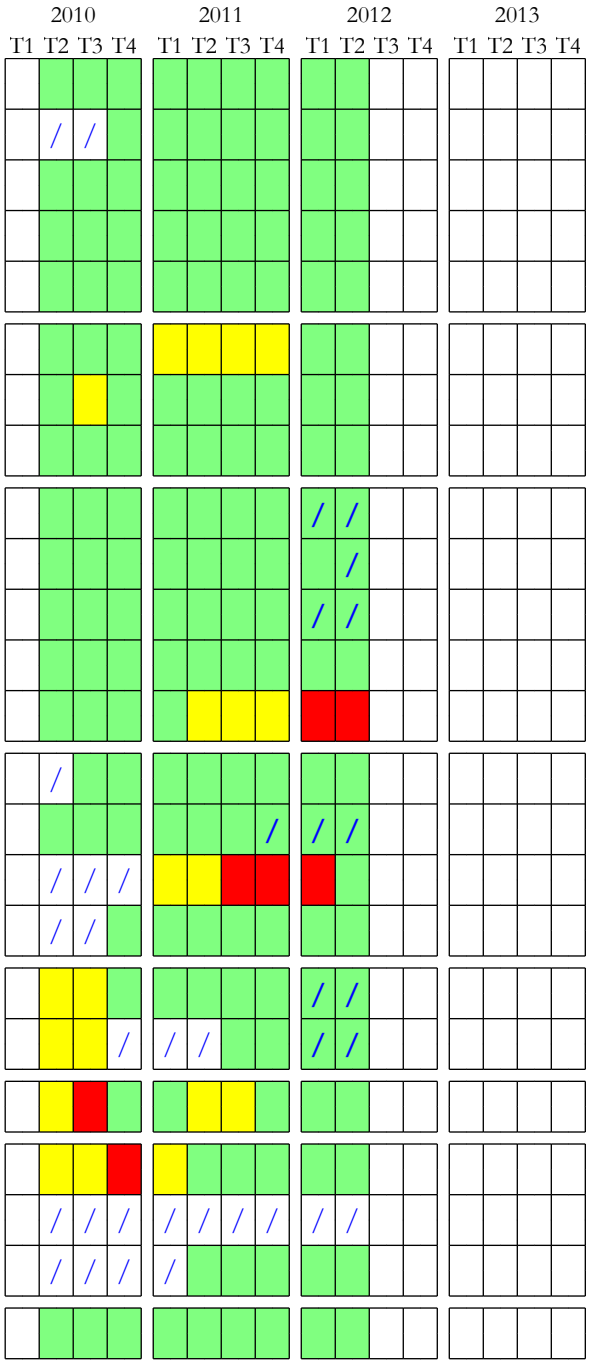
Récapitulatif de l'état d'avancement des actions du Plan
3/4

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



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

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



Suivi des mesures du Plan Cancer 2009-2013

Axe 1 : RECHERCHE

(Fiches mesures 1 à 5)

Mesure 1 :
Renforcer les moyens de la recherche pluridisciplinaire

Exécution budgétaire mesure 1 :

Financeur	Budget total de la mesure	Réalisé 2009-2011	Taux d'exécution	Budget de la période 2009-2011	Taux d'exécution de la période
PLFSS (DGOS)	30 100 000 €	8 796 883 €	29,2 %	11 100 000 €	79,3 %
INCa	39 132 000 €	24 224 879 €	61,9 %	17 682 000 €	137,0 %
Inserm		9 727 992 €			
Total	**69 232 000 €**	**42 749 754 €**	**61,7 %**	**28 782 000 €**	**148,5 %**

Etat d'avancement des actions :

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

Commentaire Global sur la mesure 1 :

1.1 - Le 2nd appel à candidatures pour la labellisation de SIRIC a été évalué en mai 2012 ; la publication des résultats interviendra après arbitrage. L'appel à projets de recherche translationnelle 2012 (INCa) a conduit à la sélection de 26 projets. L'appel à projets de recherche intégrée pour le cancer sur les disciplines physique, mathématiques et sciences de l'ingénieur, piloté Inserm-INCa, renouvelé en 2012, a sélectionné 21 projets en juin 2012.
1.2 - L'appel à candidatures pour la formation à la recherche translationnelle piloté par l'Inserm en 2012, en collaboration avec l'INCa, a reçu 36 candidatures, dont 27 sélectionnées en mai 2012.
1.3 - Le suivi des 16 centres d'essais cliniques de phase précoce labellisés (CLIPP) se poursuit : les rapports d'activité annuels 2011 de tous les centres ont été reçus et validés. Le 2ème appel à projets piloté par l'Inserm sur les modèles de tumeurs spontanées a reçu 9 dossiers et 4 ont été sélectionnés. Une 2ème conférence internationale sur l'oncologie comparative sera organisée en novembre 2012 (INCa et ITMO cancer avec NCRI anglais).
1.4 - Sur les 2 essais cliniques de phase précoce en cours, en collaboration avec le NCI américain, le recrutement est achevé pour l'un d'eux et a commencé pour l'autre. Suite au 1er apel à projets (INCa) en collaboration avec un laboratoire pharmaceutique mettant à disposition une molécule innovante, 2 projets ont été sélectionnés. Un 2nd appel à projets avec une autre firme pharmaceutique a été lancé en avril 2012.
1.5 - La méthodologie de détection et d'accompagnement des projets à potentiel de valorisation économique, mise en place par Inserm Transfert et l'INCa, doit être étendue en 2012 auprès d'autres structures (CNRS, IGR&D, Curie Cancer, SATT) : report dans l'attente du Consortium de Valorisation Thématique qui sera mis en place dans le cadre des Investissements d'Avenir.

Indicateurs de réalisation de la mesure 1 :

Libellés indicateurs	Valeurs	Dates de valeurs	Commentaire
Nombre de nouveaux projets de recherche physique et cancer financés	**21**	**15/06/2012**	projets retenus à l'AAP 2012 géré par l'Inserm
	17	*31/12/2011*	*projets retenus à l'AAP 2011 géré par l'Inserm*
Nombre de nouveaux projets de recherche soumis à l'AAP physique et cancer	**62**	**15/03/2012**	projets soumis à l'AAP 2012 géré par l'Inserm
	64	*30/09/2011*	
Nombre de nouveaux projets de recherche translationnelle financés (AAP)	**26**	**30/05/2012**	Taux de sélectivité = 16%
	12	*11/04/2011*	*sélectivité de l'AAP 2011 = 10.2%*
	16	*28/05/2010*	*projets retenus sur AAP 2010*
	24	*29/05/2009*	*projets retenus sur AAP 2009*
Nombre de nouveaux projets de recherche translationnelle soumis à l'AAP	**163**	**20/10/2011**	Projets soumis à l'AAP 2012
	118	*08/03/2011*	*projets soumis sur AAP 2011*
	83	*29/05/2010*	*projets soumis sur AAP 2010*
	146	*29/05/2009*	*projets soumis sur AAP 2009*
Nombre de sites de recherche intégrée labellisés (SIRIC) 2011	**2**	**20/06/2011**	Labellisation des 2 premiers SIRIC à l'issue de l'évaluation des projets soumis (12 candidatures)
	0	*01/12/2010*	*Publication du cahier des charges des SIRIC le 2 juillet 2010. Retour des candidatures le 10 décembre 2010. Evaluation en 2011.*

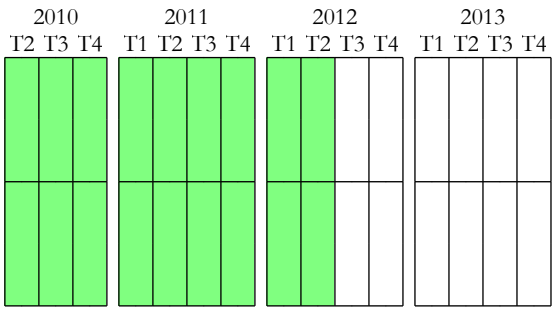
Mesure 2 :
Comprendre par la recherche les inégalités face au cancer pour les réduire

Exécution budgétaire mesure 2 :

Financeur	Budget total de la mesure	Réalisé 2009-2011	Taux d'exécution	Budget de la période 2009-2011	Taux d'exécution de la période
INCa	9 511 000 €	3 762 681 €	39,6 %	3 211 000 €	117,2 %
Total	**9 511 000 €**	**3 762 681 €**	**39,6 %**	**3 211 000 €**	**117,2 %**

Etat d'avancement des actions :

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



Commentaire Global sur la mesure 2 :

2.1- S'agissant de la recherche interventionnelle, 5 nouveaux projets portant sur les inégalités face au cancer ont été retenus en mai 2012 (sur 19 lettres d'intention soumises, dont 7 sélectionnées). 3 projets finaux avaient été retenus fin 2011 suite au 1er appel à projets (sur 37 lettres d'intention soumises et 11 sélectionnées).
Au total sur la période 2009-2011, 23 projets de recherche sur les inégalités de santé face au cancer ont été retenus et financés, dans le cadre des appels à projets de l'INCa (cf. indicateurs).

2.2- Les correspondants des canceropôles ont été réunis en janvier 2012 ; la réunion a été consacrée notamment à l'organisation mise en place pour faire émerger des projets d'envergure nationale entre les différents chercheurs des canceropoles. Une deuxième réunion des correspondants est programmée en juin 2012.

L'édition 2012 des Rencontre de l'INCa, programmée le 4 décembre, sera consacrée au thème « Inégalités face au cancer : recherche, soins et santé publique, la nécessité d'une approche intégrée », afin de dégager des pistes prospectives pour de nouvelles stratégies d'actions.

Indicateurs de réalisation de la mesure 2 :

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

Mesure 3 :
Caractériser les risques environnementaux et comportementaux.

Exécution budgétaire mesure 3 :

Financeur	Budget total de la mesure	Réalisé 2009-2011	Taux d'exécution	Budget de la période 2009-2011	Taux d'exécution de la période
INCa	30 221 000 €	7 223 233 €	23,9 %	10 121 000 €	71,4 %
Inserm		3 422 459 €			
Total	**30 221 000 €**	**10 645 692 €**	**35,2 %**	**10 121 000 €**	**105,2 %**

Etat d'avancement des actions :

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

Commentaire Global sur la mesure 3 :

Les actions de la mesure 3 sont partagées entre l'INCa, l'ITMO cancer, l'Inserm et l'IReSP.
3.1 et 3.2 - Suite au 1er appel à projets portant sur les bases clinico-biologiques, 5 projets ont été retenus (13 soumis). La 2ème édition de cet AAP a été lancé en février 2012 (retour des projets en mai 2012 et évaluation prévue en octobre).
3.3 - Le colloque international « Cancer et expositions environnementales » organisé par l'ANSES, AVIESAN et l'INCa a eu lieu le 12 décembre 2011 et a réuni plus de 350 participants.
3.4 - Pour la 1ère année, l'Inserm a lancé en collaboration avec l'INCa un AAP sur cancer et environnement en janvier 2012 (retour des projets en avril et évaluation prévue en juillet 2012).
3.5 - L'appel à projets lancé par l'IReSP pour un soutien d'analyses secondaires de données recueillies dans le cadre de grandes études épidémiologiques en cancérologie a conduit à la sélection de 8 projets pour 2012 (sur 22 soumis) et 2 nouveaux appels à projets ont été lancés en mai 2012 (biostatistiques ; inégalités d'accès aux soins). Les travaux pilotés par l'Institut Santé Publique de l'Inserm et l'IReSp se poursuivent pour le suivi scientifique de l'ensemble des cohortes soutenues dans le cadre des dispositifs TGIR-Cohortes et Investissements d'avenir (16 cohortes au total).
3.6 - Le 1er appel à projets de biologie des systèmes a été lancé en décembre 2011 par l'Inserm, en collaboration avec l'INCa. Une vingtaine de dossiers ont été soumis ; ils seront évalués en septembre 2012.

Indicateurs de réalisation de la mesure 3 :

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

Mesure 4 :
Dynamiser la recherche clinique.

Exécution budgétaire mesure 4 :

Financeur	Budget total de la mesure	Réalisé 2009-2011	Taux d'exécution	Budget de la période 2009-2011	Taux d'exécution de la période
PLFSS (DGOS)	97 243 000 €	60 416 920 €	62,1 %	54 443 000 €	111,0 %
INCa	4 225 000 €	1 533 032 €	36,3 %	2 225 000 €	68,9 %
Inserm		123 946 €			
Total	**101 468 000 €**	**62 073 898 €**	**61,2 %**	**56 668 000 €**	**109,5 %**

Etat d'avancement des actions :

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

Commentaire Global sur la mesure 4 :

4.1 et 4.2 - Les appels à projets PHRC cancer et STIC cancer 2012 ont conduits à la sélection de 59 projets. L'augmentation de l'inclusion dans les essais cliniques atteint 63% par rapport à 2008.
4.3 - La convention INCa-LNCC a été signée en mai 2012, mais du retard a été pris dans la mise en oeuvre de l'action.
4.4 - Le registre des essais cliniques a connu plusieurs évolutions (géolocalisation des établissements, alerte automatique sur les derniers essais cliniques affichés ; liens depuis les sites CNAMTS, MSA et RSI).
4.6 - Un appel à candidatures de labellisation d'intergroupes coopérateurs français à dimension internationale a été publié en mars 2012. La sélection par un jury international aura lieu le 11 juillet 2012.
4.7 - Depuis le webdocumentaire (INCa-Inserm-ARC) mis en ligne en février 2012, le bilan de la recherche clinique a été publié en mars 2012 et un rapport sur les avancées de la recherche clinique est programmé en 2012.

Indicateurs de réalisation de la mesure 4 :

Libellés indicateurs	Valeurs	Dates de valeurs	Commentaire
Nombre de nouveaux projets de recherche clinique financés	**66**	**06/06/2011**	62 PHRC 2011, 4 STIC, pour 23 Millions d'euros
	61	*26/05/2010*	*57 PHRC, 4 STIC, pour 22 Millions d'euros*
	56	*31/12/2009*	*52 PHRC, 4 STIC pour 19.5 Millions euros*
	55	*31/12/2008*	*50 PHRC, 5 STIC, pour 17,9 Millions d'euros*
Nombre de nouveaux projets de recherche clinique reçus	**298**	**31/05/2011**	280 lettres d'intention PHRC, 18 STIC
	244	*28/05/2010*	*220 lettres d'intention PHRC, 24 STIC*
	235	*31/12/2009*	*210 lettres d'intention PHRC, 25 STIC*
	200	*31/12/2008*	*170 dossiers soumis PHRC, 30 STIC*
programmes de coopération internationale en recherche clinique	**2**	**08/12/2010**	1 accord signé le 31/03/2010 avec le NCI/CTEP 1 accord signé avec la Fondation ARCAD le 27/05/2010
Taux de promoteurs ayant soumis leurs protoc. d'essais clin. aux comités patient	**37%**	**31/05/2011**	Nombre de promoteurs cible de l'enquête: 49 Nombre de promoteurs d'essais cliniques ayant soumis leurs protocoles à l'avis des comités des patients: 18
	37%	*21/05/2010*	*Nb promoteurs cible de l'enquête : 49* *Nombre de promoteurs d'essais cliniques ayant soumis leurs protocoles à l'avis des comités de patients : 18*
Taux d'évolution du nombre d'inclusions dans les essais cliniques (p/2008)	**63%**	**29/05/2012**	Nb de patients inclus en 2011 : 35390
	57%	*18/05/2011*	*Nb de patients inclus en 2010 : 34067 patients, nb de patients inclus en 2008 : 21745.*
	29%	*30/06/2010*	*Nb de patients inclus en 2009 : 28.200 (mise à jour au 30/6/2010) ; nb de patients inclus en 2008 : 21.751 - Taux d'augmentation : (28200-21751)/21751=29,7%*
	27%	*21/05/2010*	*enquête 2008 : 21.751 patients inclus* *enquête 2009 : 27.700 patients inclus*

Mesure 5 :
Faire de la France une référence internationale.

Exécution budgétaire mesure 5 :

Financeur	Budget total de la mesure	Réalisé 2009-2011	Taux d'exécution	Budget de la période 2009-2011	Taux d'exécution de la période
INCa	152 855 000 €	74 416 162 €	48,7 %	91 453 000 €	81,4 %
Inserm		4 405 091 €			
Total	**152 855 000 €**	**78 821 253 €**	**51,6 %**	**91 453 000 €**	**86,2 %**

Etat d'avancement des actions :

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

Commentaire Global sur la mesure 5 :

5.1 - Les échanges entre l'INCa, l'Inserm et l'ANR se poursuivent dans le cadre des programmes d'actions communs 2011-2012.
5.2 - Suite à la labellisation des cancéropôles en 2011, les groupes de travail se poursuivent avec l'INCa sur de nombreux sujets, notamment un annuaire des équipes en cancérologie, l'analyse bibliométrique des interactions entre cancéropôles, la recherche clinique, les sciences humaines et sociales et l'animation scientifique.
5.4 - Les 2 premiers projets du programme ICGC pilotés par l'INCa sur le cancer du foie et le cancer du sein se poursuivent ; les 1ers résultats sur le cancer du foie ont été publiés. Le 3ème programme sur le cancer de la prostate est en cours piloté par l'Inserm et le 4ème programme sur le sarcome d'Ewing va démarrer (équipe sélectionnée).
5.5 - La mise en oeuvre de l'accord avec l'AIEA se traduit par une action d'échange et de formation sous régionale en Afrique francophone. Le reste des actions se poursuit sans retard majeur compte tenu du contexte géopolitique.
5.6 - L'étude bibliométrique sur la période 2001-2009 réalisée avec l'OST en collaboration avec l'INCa et l'ITMO cancer montre que la visibilité de la France progresse de 23% dans le domaine du cancer, contre 12% dans l'ensemble du domaine biomédical. L'étude portant sur l'activité technologique de la France dans le domaine du cancer, mesurée par les brevets, montre que la France occupe la 5ème place au niveau mondial, la part progresse de 2% à 34% entre 2011 et 2009.

Indicateurs de réalisation de la mesure 5 :

Libellés indicateurs	Valeurs	Dates de valeurs	Commentaire
Nombre d'actions impliquant l'INCa dans des programmes de coopération	**6**	**31/12/2011**	Sénégal (2011-2014), AIEA (2011-2014), Mauritanie (2011-2014), Thailande IRD (2011-2013), IRD (2010-2013), INCTR (2010-2012)
	5	*13/12/2011*	*AIEA (2011-2014), Mauritanie (2011-2014), Thaïlande IRD (2011-2013), IRD (2010-2013), INCTR (2010-2012)*
	5	*23/09/2011*	*AIEA (2011-2014), Mauritanie (2011-2014), Thailande (2011), IRD (2010-2013), INCTR (2010-2012)*
	4	*31/03/2011*	*IRD (2010 - 2013), INCTR (2010 - 2012), Thailande IRD (2011), Mauritanie (2011 - 2014)*
	3	*31/12/2010*	*Tunisie (19.10.09 - 18.01.2011)* *IRD (05.10.2010 - 2013)* *INCTR (27.08.2010 - 2012)*
	1	*01/06/2010*	*Tunisie : 19 octobre 2009 - 18 janvier 2011 (CHU Charles Nicolle)*
Nombre de programmes de séquencage complet initiés par la France	**3**	**15/12/2011**	le 3ème programme est initié pour le cancer de la prostate
	2	*26/05/2010*	*Les programmes cancer du foie et cancer du sein sont engagés. 7 couples ont été séquencés pour le cancer du foie et 9 couples pour le cancer du sein*
Part du financement du Plan cancer consacré aux projets de recherche libres	**53,61%**	**28/03/2012**	Sur 88.6 M euros realises en 2011 sur l'axe recherche (depenses INCa, Inserm, DGOS), 47,5 M ont été consacrés aux progr. libres de recherche du Plan cancer (biologie, SHS et épidémio., rech. clinique et translationnelle)
	65,92%	*31/12/2010*	*La part de financement du Plan cancer consacré aux projets libres de recherche en 2010 est comparable à la part 2009 (68% en 2009, 65.92% en 2010) et en accord avec les objectifs du Plan cancer.*
	68%	*31/12/2009*	*En 2009, 68% des financements de recherche ont été consacrés aux projets "libres" : biologie, SHS et épidémio., rech. clinique et translationnelle*

Suivi des mesures du Plan Cancer 2009-2013

Axe 2 : OBSERVATION

(Fiches mesures 6 à 9)

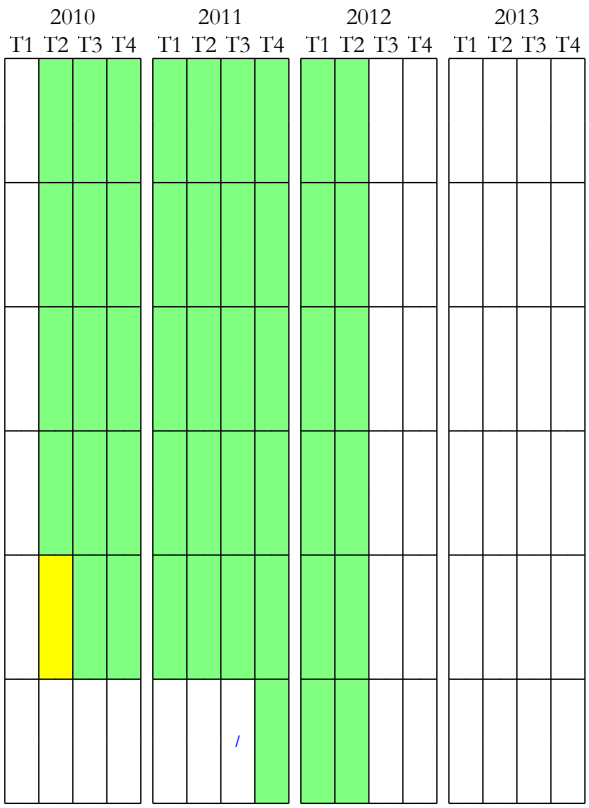
Mesure 6 :
Produire et communiquer des informations sur le cancer et la cancérologie

Exécution budgétaire mesure 6 :

Financeur	Budget total de la mesure	Réalisé 2009-2011	Taux d'exécution	Budget de la période 2009-2011	Taux d'exécution de la période
INCa	2 480 000 €	711 307 €	28,7 %	1 856 000 €	38,3 %
INPES	300 000 €	328 889 €	109,6 %	150 000 €	219,3 %
Total	**2 780 000 €**	**1 040 196 €**	**37,4 %**	**2 006 000 €**	**51,9 %**

Etat d'avancement des actions :

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



Commentaire Global sur la mesure 6 :

6.1 et 2- La nouvelle édition du rapport "Situation du cancer en France", comportant les données actualisées et un contenu enrichi, sera publiée au 4ème trimestre 2012 (INCa). L'ensemble des informations sur le cancer et la cancérologie est rendu accessible sur le Portail des données du cancer, ouvert au public en octobre 2011 sur le site e-cancer.fr.
6.3- Le baromètre santé cancer est publié en juin 2012 (Inpes-INCa). De nouvelles enquêtes barométriques sur les pratiques de dépistage des publics et des médecins généralistes sont programmées en 2013.
6.4- Le rapport INCa-ONDPS 2010-2011, publié en février 2012, est consacré aux "Métiers liés au cancer, leur répartition et ses déterminants". La situation démographique nationale et régionale est décrite à la lumière d'une enquête elle-même publiée en octobre 2011, sur les choix d'installation des jeunes spécialistes (oncologues médicaux, radiothérapeutes et pathologistes) et des leviers d'actions déjà mis en oeuvre comme la filiarisation des postes ouverts aux ECN.
6.5- La réalisation de l'enquête "Qualité de vie" progresse (pilotage INCa-Assurance-maladie ; direction scientifique et opérationnelle confiée à une unité Inserm) ; la phase pilote engagée en décembre 2011 se poursuit par la mise en oeuvre de l'enquête téléphonique en population et de l'enquête médicale qui sont en cours.
6.6- Les données d'incidence et de survie des cancers pédiatriques, incluant les leucémies ont été actualisée en 2011 et publiées sur le Portail. Un groupe de travail va être mis en place portant sur l'information du public (INCa).

Indicateurs de réalisation de la mesure 6 :

Libellés indicateurs	Valeurs	Dates de valeurs	Commentaire
Attractivité du Portail des données du cancer (nombre de connections)	**17 612**	**31/12/2011**	17 612 visites et 61 967 pages vues du 17/10/2011 au 28/12/2011
	0	*01/06/2010*	*Une première version du Portail sera ouverte en 2011*
Nombre d'indicateurs produits et diffusés sur le Portail des données du cancer	**392**	**15/03/2012**	392 indicateurs produits
	320	*01/06/2011*	*320 indicateurs produits*

Mesure 7 :
Optimiser et développer le système de surveillance.

Exécution budgétaire mesure 7 :

Financeur	Budget total de la mesure	Réalisé 2009-2011	Taux d'exécution	Budget de la période 2009-2011	Taux d'exécution de la période
INCa	19 453 000 €	12 407 128 €	63,8 %	10 637 000 €	116,6 %
InVS	20 568 000 €	7 891 683 €	38,4 %	11 406 000 €	69,2 %
Total	**40 021 000 €**	**20 298 811 €**	**50,7 %**	**22 043 000 €**	**92,1 %**

Etat d'avancement des actions :

		Etat courant	2010 T2 T3 T4	2011 T1 T2 T3 T4	2012 T1 T2 T3 T4	2013 T1 T2 T3 T4
7.1	Renforcer et rationaliser le dispositif des registres existants.	planning respecté				
7.2	Mettre en place un système multi-sources des cancers (SMSC).	planning respecté				

Commentaire Global sur la mesure 7 :

7.1- Le programme de travail partenarial 2011-2013 InVS-Francim-HCL-INCa, relatif à la surveillance des cancers à partir des registres, est en cours (accord-cadre signé le 27 mai 2011). Le conseil scientifique a validé la nouvelle méthode d'estimation de la survie (publication du rapport prévue en septembre 2012). Les méthodes d'estimation de l'incidence nationale et régionale des cancers sont en cours de validation (publication prévue fin 2012).
La plupart des registres ont réduit d'une année le délai de transmission des données d'incidence observée (cf indicateurs). Le stade au diagnostic est collecté de façon exhaustive (mélanome, thyroide) ou sur échantillon (sein, côlon-rectum) à partir des cas incidents 2009.

7.2- La mise en place du SMSC se poursuit, en coordination avec l'INCa et l'ASIP santé pour la constitution de la base ACP dans le cadre du projet DCC-DMP. Le premier rapport portant sur la production d'indicateurs de surveillance des cancers à partir du croisement des bases de données ALD et PMSI a été publié en avril 2012 ; il concerne 8 localisations de cancer « prioritaires » (sein, colon rectum, col de l'utérus, corps de l'utérus, rein, poumon et système nerveux central, thyroide). Une comparaison de l'indicateur issu du croisement pour toutes les localisations cancéreuses avec les cas incidents dans la zone registre fera l'objet d'un deuxième rapport à paraître en septembre 2012. L'année 2013 sera consacrée à la production d'indicateurs départementaux et régionaux pour certaines localisations cancéreuses.

Indicateurs de réalisation de la mesure 7 :

Libellés indicateurs	Valeurs	Dates de valeurs	Commentaire
Nb de registres ayant réduit d'1 an le délai de publication des incidences	**24**	**01/06/2012**	24 registres sur 26 ont réduit d'une année la transmission de leurs données d'incidence à la base commune des registres
	19	*01/06/2011*	*19 registres (sur 26) ont réduit le délai d'une année (de n+4 à n+3)*
Proportion de cancers couverts par le système bi-sources	**32%**	**15/03/2012**	8 localisations (sur 25) : thyroïde, sein, colon-rectum, col et corps de l'utérus, rein, poumon et système nerveux central
	28%	*23/09/2011*	*7 localisations (sur 25 localisations les plus fréquentes) : sein, colon rectum, col de l'utérus, corps de l'utérus, rein, poumon, syst nerveux central*

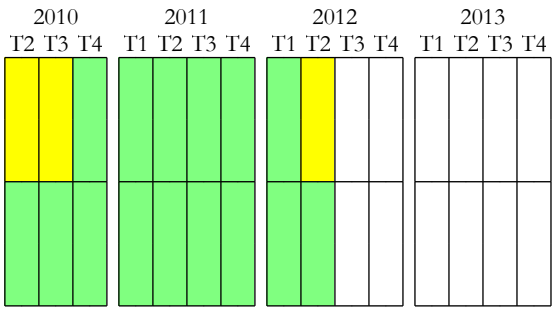
Mesure 8 :
Développer l'épidémiologie sociale des cancers.

Exécution budgétaire mesure 8 :

Financeur	Budget total de la mesure	Réalisé 2009-2011	Taux d'exécution	Budget de la période 2009-2011	Taux d'exécution de la période
INCa	1 045 000 €	30 249 €	2,9 %	835 000 €	3,6 %
Total	**1 045 000 €**	**30 249 €**	**2,9 %**	**835 000 €**	**3,6 %**

Etat d'avancement des actions :

		Etat courant
8.1	Améliorer l'observation des inégalités.	retard mineur
8.2	Analyser les évolutions des disparités socio-spatiales des cancers.	planning respecté



Commentaire Global sur la mesure 8 :

8.1- Suite à la saisine par la DGS du HCSP sur les indicateurs des inégalités de santé dans le domaine du cancer fin 2010, les deux groupes de travail mis en place sur les inégalités et sur les systèmes d'information en santé poursuivent leurs travaux. Les propositions d'indicateurs sont reportées à mi 2013 pour faire évoluer l'appareil statistique afin de renseigner les indicateurs au niveau territorial (retard).

8.2- Des travaux relatifs à l'analyse des disparités socio-spatiales sont engagés. Un projet de recherche d'une équipe INSERM est soutenu sur le thème «changements socio-démographiques des lieux et redistribution spatiale des taux de mortalité par cancer et sur le poids des mutations socio-démographiques de chaque lieu dans l'évolution du niveau de mortalité par cancer » . Les résultats sont attendus pour 2013.
L'appel à projet conjoint de recherche en sciences humaines et sociales et en santé publique, intégrant l'analyse des disparités socio-spatiales, même s'il n'a pas permis de sélectionner de projet portant directement sur la mortalité, à retenu en 2011 deux projets sur la survie des patients atteints d'un cancer.

Indicateurs de réalisation de la mesure 8 :

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

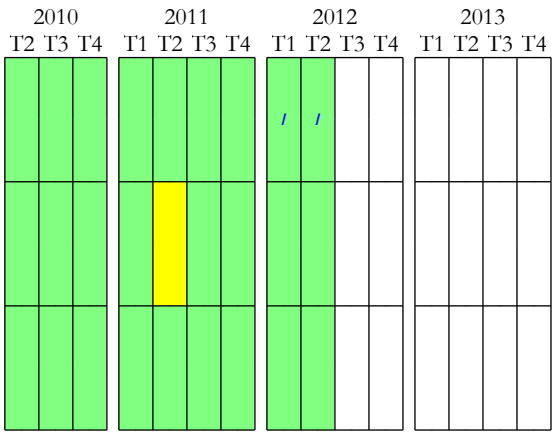
Mesure 9 :
Améliorer l'observation et la surveillance des cancers liés à l'environmt. prof.

Exécution budgétaire mesure 9 :

Financeur	Budget total de la mesure	Réalisé 2009-2011	Taux d'exécution	Budget de la période 2009-2011	Taux d'exécution de la période
InVS	2 730 000 €	1 485 299 €	54,4 %	1 740 000 €	85,4 %
Total	**2 730 000 €**	**1 485 299 €**	**54,4 %**	**1 740 000 €**	**85,4 %**

Etat d'avancement des actions :

		Etat courant
9.1	Rendre obligatoire la déclaration des mésothéliomes.	réalisée
9.2	Développer des travaux à partir de cohortes existantes ou en cours de constitution.	planning respecté
9.3	Animer et piloter le recueil des signalements et des investigations de clusters de cancers en population générale et en milieu professionnel.	planning respecté



Commentaire Global sur la mesure 9 :

9.1- Le déploiement de la déclaration obligatoire du mésothéliome va intervenir en 2012 suite à la publication du décret n°2012-47 du 16 janvier 2012. L'accompagnement du déploiement progressif dans chaque région est assuré par l'InVS.
9.2- Les études de cohortes se poursuivent, tant en population générale que dans le champ professionnel (InVS). L'inclusion dans le programme COSET va s'étendre à l'ensemble des régimes, en partenariat avec la MSA (phase pilote réalisée en 2011) et le RSI (étude pilote prévue à partir de sept. 2012).
Dans le cadre du programme Matgéné (InVS), une nouvelle matrice emploi-exposition a été publiée en février 2012 portant sur les fibres céramiques réfractaires. Elle s'ajoute aux 2 matrices élaborées en 2010-2011 (silice et amiante) et aux 6 matrices publiées en 2009. La construction d'autres matrices est prévue d'ici 2013 (notamment solvants oxygénés - sauf éthers de glycol, formaldéhyde, fluides de coupe, travail de nuit , poussières de bois, plomb, HAP). Un portail dédié à l'évaluation des expositions a été mis en place en 2011 par l'InVS (Exp-Pro). .
9.3- Afin d'organiser le signalement d'évènements sanitaires inhabituels en milieu de travail, le dispositif d'alerte en santé travail a été élargi à 5 régions depuis 2011 (InVS-ARS Cire). Une base de données multirégionale des signaux est en cours d'élaboration.
Les actions relatives à l'amélioration du recensement des cancers d'origine professionnelle et à l'élaboration de recommandations de bonne pratique pour améliorer la surveillance médicale des travailleurs exposés aux CMR sont pilotées par la DGT (cf. mesure 12).

Indicateurs de réalisation de la mesure 9 :

Libellés indicateurs	Valeurs	Dates de valeurs	Commentaire
Nombre de matrices emplois-expositions réalisées dans l'année	**1**	**01/03/2012**	Une matrice fibres céramiques réfractaires publiée début 2012 (prog. Matgéné)
	2	*01/12/2010*	*Une matrice silice et une matrice amiante viennent compléter les 6 matrices publiées en 2009*
	6	*01/06/2010*	*En 2009, publication de 5 matrices solvants chlorés (trichloréthylène, perchloréthylène, tétrachlorure de carbone, chlorure de méthylène, chloroforme) et d'une matrice pesticides arsenicaux (prog. Matphyto)*
Nombre de mésothéliomes déclarés dans l'année (déclaration obligatoire)	**0%**	**15/03/2012**	Mise en place de la déclaration obligatoire début 2012 (à noter que le programme national de surveillance du mésothéliome a permis de recenser 2030 cas en 2006)

Suivi des mesures du Plan Cancer 2009-2013

Axe 3 : PREVENTION ET DEPISTAGE

(Fiches mesures 10 à 17)

Mesure 10 :
Poursuivre la lutte contre le tabac.

Exécution budgétaire mesure 10 :

Financeur	Budget total de la mesure	Réalisé 2009-2011	Taux d'exécution	Budget de la période 2009-2011	Taux d'exécution de la période
PLFSS (FNPEIS)	171 400 000 €	46 120 079 €	26,9 %	79 000 000 €	58,4 %
DGS	8 000 €	8 000 €	100,0 %	8 000 €	100,0 %
INPES	49 900 000 €	24 686 364 €	49,5 %	29 940 000 €	82,5 %
Total	**221 308 000 €**	**70 814 443 €**	**32,0 %**	**108 948 000 €**	**65,0 %**

Etat d'avancement des actions :

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

Commentaire Global sur la mesure 10 :

10.1- Les avertissements graphiques sont en vigueur depuis avril 2011 pour les cigarettes et avril 2012 pour les autres produits du tabac. L'action proposant de mettre fin par voie législative à la publicité sur les lieux de vente et lors des retransmissions des images de sports mécaniques à la télévision n'a pas été réalisée (retard).
10.2- Le triplement du forfait TSN pour les femmes enceintes a été mis en place en septembre 2011, mais non étendu aux bénéficiaires de la CMU (retard). Le groupe de travail de la HAS sur « Aide à l'arrêt de l'usage de tabac » debutera le 27 juin 2012 et se terminera en décembre 2012.
10.3- Le chapitre tabac du baromètre cancers va être publié en juin 2012. Les données d'enquête ESCAPAD, ESPAD et HBSC sur la consommation de tabac des jeunes ont été publiées au 1er semestre 2012. La consommation de tabac régulière augmente chez les 16-17 ans.
10.4- Publication en novembre 2011 des études sur l'effectivité des mesures de la loi HPST : 62% des débitants ne respectent pas l'interdiction de vente de tabac aux mineurs. Le décret de 2009 sur les "cigarettes bonbons" est respecté. Une circulaire a été diffusée aux préfets et ARS pour renforcer le contrôle de l'application des dispositions prises suite à la loi HPST.

Le rapport du groupe missionné par le Ministre de la santé, présidé par le député Yves Bur, a été remis le 2 mars 2012 : il formule des propositions pour l'adoption d'une nouvelle politique de lutte contre le tabac, coordonnée sur le long terme.

Indicateurs de réalisation de la mesure 10

.

Libellés indicateurs	Valeurs	Dates de valeurs	Commentaire
Prévalence du tabagisme chez les 15-19 ans	**32%**	**01/06/2012**	Données du Baromètre santé 2010 (à paraître) / Enquête Escapad consommation quotidienne des 17 ans 31,5% en 2011 (contre 28,9% en 2008)
	32%	*01/12/2011*	*Données du Baromètre santé 2010 (à paraître).*
	32%	*01/12/2010*	*D'après les 1ers résultats du baromètre santé 2010. Hausse non significative par rapport à 2005.*
	31%	*01/01/2008*	*D'après le baromètre santé 2005 (publié en 2008), 31% des 15-19 ans consomment du tabac quotidiennement ou occasionnellement.*
Prévalence du tabagisme chez les femmes enceintes	**27%**	**01/12/2011**	Echantillon de 284 femmes, données du baromètre santé 2010 (à paraître).
	24%	*01/12/2010*	*pas d'évolution significative entre 2005 et 2010, compte tenu des faibles effectifs interrogés (284 femmes en 2010, 259 en 2005)*
	21%	*01/01/2008*	*source : baromètre santé 2005 (publié en 2008). Taux à interpréter avec précaution compte tenu de l'effectif : 259 femmes interrogées.*
Prévalence du tabagisme chez les personnes bénéficiaires de la CMU	**42%**	**31/12/2011**	source : baromètre santé 2010 (à paraître), sur les 11,1% déclarant bénéficier de la CMU. Attention : problème de compréhension de la question posée (retour enquêteurs).
	36%	*31/12/2008*	*source : baromètre nutrition 2008. A interpréter avec précaution : enquête téléphonique sur postes fixes (portables plus utilisés par les pers. bénéficiaires de la CMU).*
Prévalence du tabagisme (population générale)	**31%**	**31/12/2011**	31,6% des 15-85 ans consomment quotidiennement ou occasionnellement du tabac. Données du Baromètre santé 2010 (à paraître).
	29%	*31/12/2008*	*En 2008, 29,7% des 15-75 ans consomment quotidiennement ou occasionnellement du tabac.*

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

Exécution budgétaire mesure 11 :

Financeur	Budget total de la mesure	Réalisé 2009-2011	Taux d'exécution	Budget de la période 2009-2011	Taux d'exécution de la période
INCa	1 800 000 €	846 715 €	47,0 %	1 600 000 €	52,9 %
INPES	1 200 000 €	284 316 €	23,7 %	750 000 €	37,9 %
Total	**3 000 000 €**	**1 131 031 €**	**37,7 %**	**2 350 000 €**	**48,1 %**

Etat d'avancement des actions :

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

Commentaire Global sur la mesure 11 :

11.1 à 4 - Une fiche repère publiée en février 2012 (INCa) fait le point sur les bénéfices de l'activité physique notamment en termes de prévention des cancers et d'amélioration de la qualité de vie pendant et après les traitements. Elle présente aussi les actions de promotion de l'activité physique menées au niveau international et national, avec les différents outils développés dans le cadre du PNNS. Un guide pour la préparation à la retraite, élaboré en 2011, a été diffusé par l'INPES. En 2011, 27 projets sur la nutrition ont été soutenus sur AAP (INCa).
11.6 - Une évolution du dispositif téléphonique et internet "Alcool info service" sera réalisée au 2ème sem. 2012 (INPES). Le renforcement des moyens des CSAPA se poursuit progressivement (sans financement spécifique ONDAM dans le cadre du plan cancer).
11.5 et 7 - Les mesures prévues par la loi HPST pour limiter l'offre d'alcool ont été prises ; une étude sur le respect de l'interdiction de vente aux mineurs est prévue en 2012. Une réflexion est en cours sur les modalités de l'indication des quantités d'alcool sur les contenants des boissons (retard).

Indicateurs de réalisation de la mesure 11

.

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

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

Exécution budgétaire mesure 12 :

Financeur	Budget total de la mesure	Réalisé 2009-2011	Taux d'exécution	Budget de la période 2009-2011	Taux d'exécution de la période
INCa	375 000 €	346 375 €	92,4 %	250 000 €	138,6 %
INPES	12 500 000 €	6 564 998 €	52,5 %	7 500 000 €	87,5 %
DGT	175 000 €	57 785 €	33,0 %	125 000 €	46,2 %
Total	**13 050 000 €**	**6 969 158 €**	**53,4 %**	**7 875 000 €**	**88,5 %**

Etat d'avancement des actions :

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

Commentaire Global sur la mesure 12 :

12.1 à 4- L'Inspection du Travail a mené 3 campagnes de contrôles en 2010-2011 (radioprotection, risques chimiques, risques routiers). Les recommandations de bonne pratique élaborées par la SFMT sur la « surveillance médico-professionnelle des travailleurs exposés ou ayant été exposés à des agents cancérogènes : application aux cancérogènes de la vessie » ont obtenu en mars 2012 le label conjoint HAS-INCA.
12.5- Suite aux rapports d'expertise sur les risques de cancers liés aux UV artificiels et solaires publiés par l'INCa en 2010 et 2011, le ministère chargé de la santé a saisi la HAS pour évaluer la dangerosité de la pratique des UV en cabine (sujet inscrit au programme de travail HAS 2012) et un décret renforçant la réglementation des appareils UV a été préparé. Une conférence de presse du ministère de la santé sur la prévention et le dépistage des cancers de la peau liés aux UV naturels et artificiels s'est tenue le 23 mai 2012 (voir 17.2) et la campagne d'information relative à l'exposition aux UV solaires a été rééditée (Inpes).
12.6- Concernant le radon, la publication d'un décret d'application de la loi HPST encadrant les mesures, les diagnostics et les travaux, est reportée à 2013. Un colloque sur le radon, co-organisé ARS Bretagne-DGS-INCa, s'est tenu à Rennes le 20 mars 2012.

Indicateurs de réalisation de la mesure 12

.

Libellés indicateurs	Valeurs	Dates de valeurs	Commentaire
Nb recommandations de bonnes pratiques publiées par la HAS	**3**	**01/06/2012**	1 nouvelle recommandation pour la surveillance des travailleurs exposés aux cancérogènes de la vessie (SFMT - label HAS-INCa)
	2	*01/06/2011*	*1 nouvelle recommandation pour la surveillance médico-professionnelle des travailleurs exposés à l'action cancérigène des poussières de bois*
	1	*01/12/2010*	*recommandation relative au suivi post-professionnel après exposition à l'amiante (publiée en avril 2010)*
Nombre de cancers d'origine professionnelle indemnisés	**1 773**	**31/12/2011**	pour l'année 2010 - principales causes : amiante (1473), poussières de bois (74), goudrons , huiles et brais de houille (63) et benzène (41)
	1 830	*31/12/2010*	*pour l'année 2009 (1 567 dus à l'amiante, 71 aux poussières de bois, 44 au benzène)*
Taux de documents uniques d'évaluation des risques réalisés par les entreprises	**70%**	**30/06/2010**	campagnes de contrôle : radioprotection (72%), réparation automobile (64%), nettoyage (75%)
	60%	*31/12/2009*	*pourcentage des entreprises ayant présenté le document unique obligatoire lors des contrôles effectués en 2009*
Taux de fiches d'exposition aux risques réalisées par les entreprises	**22%**	**30/06/2010**	campagnes de contrôle : radioprotection (51%), réparation automobile (5%), nettoyage (9%)
	5%	*31/12/2009*	*pourcentage de fiches d'exposition par salarié présentées par les entreprises lors des contrôles effectués en 2009*

Mesure 13 :
Prévenir les cancers d'origine infectieuse.

Exécution budgétaire mesure 13 :

Financeur	Budget total de la mesure	Réalisé 2009-2011	Taux d'exécution	Budget de la période 2009-2011	Taux d'exécution de la période
INCa	1 300 000 €	25 979 €	2,0 %	750 000 €	3,5 %
Total	**1 300 000 €**	**25 979 €**	**2,0 %**	**750 000 €**	**3,5 %**

Etat d'avancement des actions :

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

Commentaire Global sur la mesure 13 :

13.1 - Le dispositif d'information sur la vaccination anti-HPV à destination des jeunes filles et de leurs parents, et sur le frottis cervico-utérin pour les femmes de 25 à 65 ans, est renouvelé en juin 2012 avec la diffusion d'outils d'information et un accompagnement particulier des départements pilotes.
La proposition de prise en charge des vaccins anti-HPV administrés dans les centres de vaccination par l'assurance maladie a été réitérée dans le cadre de la préparation du PLFSS 2013.
13.2 - L'évaluation du Plan national de lutte contre les hépatites virales B et C 2009-1012 a été confiée au HCSP, dont l'avis est attendu pour fin 2012.
13.3 - Concernant la prévention du cancer de l'estomac, des documents d'information pour améliorer l'application de la recommandation relative au dépistage de l'infection à Helicobacter pylori ont été élaborés. Leur diffusion ne pourra être effective qu'à partir de la parution du nouveau consensus de Maastricht (prévue pour 2012).
13.4 - Un dispositif d'information sur la prévention du cancer anal chez les personnes vivant avec le VIH a été mis en place par l'INCa en mars 2012. Il se traduit par la mise à disposition de documents élaborés pour les personnes vivant avec le VIH (un document tout public et l'autre destiné aux hommes homosexuels) et d'un document destiné à informer les proctologues et les gastroentérologues de la nécessité d'un suivi proctologique. Les projets soumis à l'appel à projets INCa (axe "sevrage tabagique des PVVIH") ont été évalués ; les résultats seront publiés fin juin 2012.

Indicateurs de réalisation de la mesure 13

.

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

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

Exécution budgétaire mesure 14 :

Financeur	Budget total de la mesure	Réalisé 2009-2011	Taux d'exécution	Budget de la période 2009-2011	Taux d'exécution de la période
INCa	27 650 000 €	20 131 458 €	72,8 %	14 450 000 €	139,3 %
DGS	1 300 000 €	0 €	0,0 %	900 000 €	0,0 %
Total	**28 950 000 €**	**20 131 458 €**	**69,5 %**	**15 350 000 €**	**131,1 %**

Etat d'avancement des actions :

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

Commentaire Global sur la mesure 14 :

14.1 - Une étude pour identifier les facteurs prédictifs et déterminants de l'adhésion et de la fidélisation aux programmes de dépistage organisé des cancers du sein et cancer colorectal a été lancée en 2011. La phase 2 relative à l'analyse rétrospective des bases de données des structures de gestion est en cours (durée prolongée dans l'attente de l'avis CNIL).
La campagne Mars bleu 2012 en faveur du dépistage organisé du cancer colorectal a été lancée le 1er mars par le ministère chargé de la santé, l'INCa et les organismes d'assurance-maladie. Le dispositif comprend une campagne à la télévision, dans la presse quotidienne régionale et sur internet, ainsi que la diffusion large d'outils d'information auprès des populations concernées et des professionnels de santé.
14.2 - L'expérimentation du géocodage des bases de données relatives aux programmes nationaux de dépistage organisé des cancers va être élargie à 22 départements (appel d'offre en cours).
L'appel à projets aux actions de soutien à la politique de dépistage pour l'année 2012 a été lancé et porte prioritairement sur la lutte contre les inégalités face aux dépistages des cancers, ainsi que l'implication des médecins traitants et des professionnels de santé (sélection des projets en cours). L'INCa a lancé en mai 2012 une enquête auprès des structures de gestion pour recenser les actions de terrain mises en place pour lutter contre les inégalités d'accès et de recours au dépistage, en vue de les valoriser auprès de l'ensemble des acteurs et de favoriser leurs éventuelle mutualisation.
Une journée de restitution des projets financés par l'INCa a été organisée le 26 janvier 2012 sur la thématique "inégalités sociales de santé et cancer du col de l'utérus" pour rendre compte des apports de ces expérimentations et produire des préconisations en faveur d'une amélioration du suivi des femmes en situation de précarité.
14.3 - La HAS a été saisie sur « Dépistage du cancer du sein en France : identification des femmes à haut risque et modalités de dépistages » et un groupe de travail est mobilisé sur cette thématique.

Indicateurs de réalisation de la mesure 14

.

Libellés indicateurs	Valeurs	Dates de valeurs	Commentaire
Part des dépts ayant un taux de participation au DO sein<50%	**22%**	**01/04/2012**	T3 (année 2011)
	24%	*05/04/2011*	*T2 (année 2010)*
	21%	*06/04/2010*	*T1 (année 2009)*
	21%	*31/01/2009*	*T0 (année 2008)*
Taux de couverture mammographique pour les femmes ayant la CMU /CMU-C	**0%**	**01/06/2010**	Taux encore indisponible. Requête prévue sur base sniram pour 2008 et 2009
Taux de participation au dépistage organisé du cancer colorectal	**32%**	**01/03/2012**	Données InVS; Indicateur calculé sur la période 2010-2011 pour l'ensemble des départements
	34%	*01/03/2011*	*Données InVS; Indicateur calculé sur la période 2009/2010 sur les 95 départements ayant invité au moins une fois leur population cible.*
	37%	*31/03/2010*	*source : InVS - taux calculé du 1/1/2007 au 31/12/2008 dans 18 dépts*
	42%	*31/01/2009*	*source : InVS - taux calculé au 1/10/2007 pour 19 dépts sur 23 dépts pilotes*
Taux de participation au dépistage organisé du cancer du sein	**52,70%**	**01/04/2012**	T3 : taux de participation pour l'année 2011 délivré par l'InVS
	52%	*04/04/2011*	*T2 : taux de participation pour l'année 2010 délivré par l'InVS*
	52%	*01/04/2010*	*T1 : taux de participation pour l'année 2009 délivré par l'InVS sur population INSEE recalculée*
	52%	*31/03/2009*	*T0 : taux de participation pour l'année 2008 délivré par l'InVS*

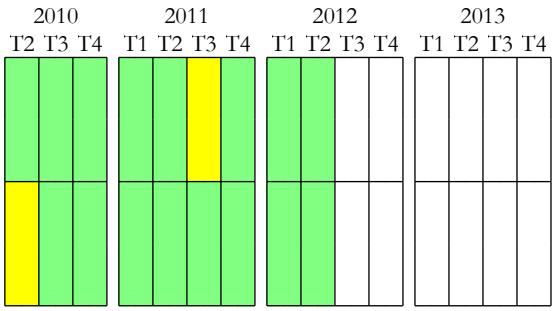
Mesure 15 :
Améliorer la structuration des programmes nationaux de dépistage organisé

Exécution budgétaire mesure 15 :

Financeur	Budget total de la mesure	Réalisé 2009-2011	Taux d'exécution	Budget de la période 2009-2011	Taux d'exécution de la période
PLFSS (FNPEIS)	366 000 000 €	207 308 715 €	56,6 %	211 000 000 €	98,3 %
INCa	1 105 000 €	762 604 €	69,0 %	750 000 €	101,7 %
DGS	202 000 000 €	114 450 785 €	56,7 %	116 000 000 €	98,7 %
Total	**569 105 000 €**	**322 522 104 €**	**56,7 %**	**327 750 000 €**	**98,4 %**

Etat d'avancement des actions :

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



Commentaire Global sur la mesure 15 :

15.1 - Les deux instances de pilotage du dépistage des cancers, mises en place par la DGS fin 2011, se sont réunies : le comité stratégique national de dépistage des cancers et le groupe de liaison du dépistage des cancers.
Le rapport de la HAS "La participation au dépistage du cancer du sein chez les femmes de 50 à 74 ans en France : Situation actuelle et perspectives d'évolution" a été publié le 3 février 2012 et remis au Ministère de la santé.
Le rapport d'analyse éthique sur le dépistage organisé du cancer du sein élaboré par le groupe de réflexion sur l'éthique du dépistage (GRED) est en phase de finalisation.
L'évaluation organisationnelle des structures de gestion du dépistage a été réalisée ; un rapport complet est en voie de finalisation (INCa). Un appel d'offre a été lancé par l'INCa pour l'analyse des supports d'encadrement des programmes de dépistage, s'appuyant sur une cartographie des risques (clôture en juin 2012).
La DGS a initié un projet de refonte de l'outil de remontées de données budgétaires afin d'optimiser la gestion financière par l'amélioration des procédures d'allocation budgétaire. Un marché est en cours qui vise à identifier les besoins des acteurs nationaux et locaux, à étudier les outils existants sur le marché et à rédiger un cahier de spécifications fonctionnelles en vue de l'élaboration d'un nouvel outil en 2013.
Une enquête a été lancée fin mai auprès des structures de gestion pour recenser les expérimentations alternatives au cahier des charges national menées sur les processus d'invitation et de relance de la population ciblée par le programme national de dépistage organisé du cancer colorectal. L'objectif est de connaître leur efficience pour préciser d'éventuelles évolutions du cahier des charges national.

15.2 - Les travaux coordonnés par l'INCa pour la définition des tableaux de bord de suivi des programmes ont été présentés à la DGS, qui étudie l'articulation avec le projet de refondation de l'outil de demande budgétaire. L'adaptation du système d'information et la mise en oeuvre de l'espace partagé suivront l'évolution des structures de gestion du dépistage.
La mise à disposition des données consolidées de participation par l'InVS a été améliorée. Le taux de participation 2010 au dépistage du cancer du sein est en légère baisse, en raison notamment à la prise en compte de nouvelles données INSEE (cf. indicateurs). Pour le cancer colorectal, le taux de participation pour la période 2010-2011, qui est de 32,1%, a été publié le 1er mars 2012. Une enquête conjointe InVS-INCa a été menée en 2010 afin de disposer des données d'activité sur l'ensemble des structures de gestion, depuis le lancement de la campagne de dépistage (rapport prévu pour 2012).

Indicateurs de réalisation de la mesure 15

.

Libellés indicateurs	Valeurs	Dates de valeurs	Commentaire
Nb départements rendant les données agrégées exhaustives du DO colorectal	**95**	**01/03/2011**	T0: année 2011 Les départements qui n'ont pas fourni leurs données n'avaient pas le recul suffisant pour la production des données
	0	*02/06/2010*	*AMOA en cours de validation*
Nb départements rendant les données agrégées exhaustives pour le DO sein	**66**	**04/03/2011**	T0 : Année 2010 Données envoyées avant le 14/02/2011, date fixée par l'INVS
	0	*02/06/2010*	*AMOA en cours de validation*
Taux de participation au dépistage organisé du cancer colorectal	**32%**	**01/03/2012**	Données InVS ; Indicateur calculé sur la période 2010-2011 pour l'ensemble des départements
	34%	*01/03/2011*	*Données InVS. Indicateur calculé sur la période 2009/2010 sur les 95 départements ayant au moins une fois invité l'ensemble de leur population cible.*
	37%	*31/03/2010*	*source : InVS - taux calculé du 1/1/2007 au 31/12/2008 dans 18 dépts*
	42%	*31/01/2009*	*source : InVS - taux calculé au 1/10/2007 pour 19 dépts sur 23 dépts pilotes*
Taux de participation au dépistage organisé du cancer du sein	**52,70%**	**01/04/2012**	T3 : taux de participation pour l'année 2011 délivré par l'InVS
	52%	*01/04/2011*	*T2 : taux de participation pour l'année 2010 délivré par l'InVS*
	52%	*01/04/2010*	*T1 : taux de participation pour l'année 2009 délivré par l'InVS sur population INSEE recalculée*
	52%	*31/03/2009*	*T0 : taux de participation pour l'année 2008 délivré par l'InVS*

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

Exécution budgétaire mesure 16 :

Financeur	Budget total de la mesure	Réalisé 2009-2011	Taux d'exécution	Budget de la période 2009-2011	Taux d'exécution de la période
PLFSS (FNPEIS)	26 000 000 €	600 000 €	2,3 %	10 000 000 €	6,0 %
INCa	11 170 000 €	3 905 541 €	35,0 %	6 620 000 €	59,0 %
DGS	2 010 000 €	1 925 744 €	95,8 %	2 010 000 €	95,8 %
Total	**39 180 000 €**	**6 431 285 €**	**16,4 %**	**18 630 000 €**	**34,5 %**

Etat d'avancement des actions :

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

Commentaire Global sur la mesure 16 :

16.2 - Des recommandations sur le dépistage du cancer du sein chez les femmes à haut risque sont en cours d'élaboration par la HAS (voir 14.3). Suite à l'appel d'offre lancé par l'INCa pour évaluer l'efficience des dépistages organisés et de leurs évolutions possibles, deux études médico-économiques sont engagées (cancers du sein et colorectal).
16.3 - Sur la base des rapports remis par l'l'INCa et la HAS, le comité stratégique s'est prononcé pour l'utilisation du test immunologique selon une modalité de prélèvement unique de selles (17 janvier 2012). La ministre chargée de la santé a annoncé le déploiement de l'utilisation du test immunologique à partir de 2013. Un groupe de travail suivra mensuellement les travaux menés dans le cadre de la conduite du changement. Un appel d'offre européen sera lancé pour le choix du test, piloté par la CNAMTS. Un guide d'organisation et de procédures pour la lecture des tests immunologiques est en cours d'élaboration.
16.4- Un avenant au cahier des charges national sur la dématérialisation des mammographies va être préparé, dans le cadre d'une réflexion plus globale sur la dématérialisation.
16.5 et 6- Le programme expérimental de lutte contre le cancer du col de l'utérus se poursuit dans les 13 sites ; il est prolongé d'1 an dans certains départements (évaluation prévue en 2013 par l'InVS). Certains sites sont confrontés à des difficultés techniques et déontologiques dans le recueil auprès des anatomopathologistes des résultats de frottis (retard).

Indicateurs de réalisation de la mesure 16

.

Libellés indicateurs	Valeurs	Dates de valeurs	Commentaire
Nombre de dépts utilisant le test immunologique dans le DO cancer colorectal	**4**	**30/05/2011**	Un quatrième département expérimentateur : Côte d'or
	3	*30/11/2010*	*3 départements expérimentent le test immunologique : Calvados, Cher, Allier*
	0	*31/12/2009*	
Nombre de genotypages HPV effectués par le CNR	**3 987**	**02/01/2012**	cible 2013 : 6 000 génotypages (réalisation sur 3 ans)
	3 573	*14/09/2011*	*obtention de 2000 génotypages par année conforme aux prévisions de recrutement*
	1 280	*29/11/2010*	*collecte en cours dans 3 sites (Auvergne, Alsace, Centre)*
	300	*15/09/2010*	*génotypages réalisés dans les sites pilotes pour le dépistage du cancer du col de l'utérus*
	0	*28/05/2010*	*contacts en cours entre CNR et cabinets de pathologie (Alsace, Auvergne)*
Part des médecins traitants ayant signé les CAPI	**38%**	**31/12/2011**	T3
	36%	*31/03/2011*	*T2 : année 2010*
	30%	*21/05/2010*	*T1 : année 2009*

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

Exécution budgétaire mesure 17 :

Financeur	Budget total de la mesure	Réalisé 2009-2011	Taux d'exécution	Budget de la période 2009-2011	Taux d'exécution de la période
INCa	11 126 000 €	3 441 701 €	30,9 %	10 110 000 €	34,0 %
Total	**11 126 000 €**	**3 441 701 €**	**30,9 %**	**10 110 000 €**	**34,0 %**

Etat d'avancement des actions :

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

Commentaire Global sur la mesure 17 :

17.1- Les recommandations sur le dépistage du cancer de la prostate chez les sujets à risques ont été publiées par la HAS, sur saisine de la DGS (3 axes de travail : information aux hommes sur le rapport bénéfices/risques du dépistage et des traitements ; identification des sujets à risques élevés et stratégie de dépistage adaptée ; dépistage pour les hommes à risques moyens).
17.2- Les résultats de l'étude sur le suivi des incidences selon les stades au diagnostic des cancers de la peau ont été publiés (InVS). L'enregistrement exhaustif en routine de variables pronostiques par les registres généraux est opérationnel depuis les diagnostics de mélanome de 2009. Une première analyse doit être réalisée en 2012 portant sur les cas 2009.
Le rapport HAS-INCa sur l'impact du parcours de soins sur le diagnostic du mélanome est validé par l'INCa et sera publié dès validation par le Collège de la HAS.
Une fiche repère sur la détection précoce des cancers de la peau a été publiée en novembre 2011 et les documents d'information à l'attention des professionnels de santé ont été actualisés en avril 2012 (l'un pour les médecins généralistes, l'autre pour les kinésithérapeutes, infirmières). Le module de formation multimédia sur la détection précoce des cancers de la peau, disponible en ligne, intègre depuis fin 2011 d'autres contenus notamment sur les cancers cutanés d'origine professionnelle (enquête d'impact des modules d'e-learning réalisée en mars 2012 auprès des médecins généralistes).
A l'occasion de la journée nationale de prévention et de dépistage du mélanome (SNDV) le 23 mai 2012, le ministère de la Santé, l'INCa, l'Inpes, l'Anses et l'InVS ont rappelé les risques liés aux UV artificiels ou naturels (voir 12.5). Un numéro thématique du BEH (InVS) fait le point sur l'incidence et la mortalité par mélanome et l'impact de l'exposition aux UV.
17.3- Dans le cadre de l'appel à projet 2011, 2 projets concernant la détection des cancers VADS sont retenus pour un montant total de 200.120 euros (INCa)

Indicateurs de réalisation de la mesure 17

.

Libellés indicateurs	Valeurs	Dates de valeurs	Commentaire
Nombre de recommandations publiées pour le dépistage du cancer prostate	**1**	**01/06/2012**	Rapport d'orientation sur les facteurs de risques et la pertinence du dépistage du cancer de la prostate par PSA chez les sujets à risques (HAS, avril 2012)
	0	*10/12/2010*	*publication des 1ères recommandations prévue en 2011 (HAS)*
	0	*10/12/2009*	*T0 : lancement du groupe de réflexion sur les recommandations le 10/12/2009*
Part des mélanomes diagnostiqués avec indice de Breslow 1,2 ou 3	**0%**	**29/04/2010**	T0 : présentation des 1ers résultats du rapport sur l'étude permettant la mise en place de cette indicateur

Suivi des mesures du Plan Cancer 2009-2013

Axe 4 : SOINS

(Fiches mesures 18 à 24)

Mesure 18 :
Personnaliser la prise en charge des malades

Exécution budgétaire mesure 18 :

Financeur	Budget total de la mesure	Réalisé 2009-2011	Taux d'exécution	Budget de la période 2009-2011	Taux d'exécution de la période
PLFSS (DGOS)	15 000 000 €	0 €	0,0 %	0 €	#DIV/0
INCa	11 970 000 €	5 363 123 €	44,8 %	6 670 000 €	80,4 %
Total	**26 970 000 €**	**5 363 123 €**	**19,9 %**	**6 670 000 €**	**80,4 %**

Etat d'avancement des actions :

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

Commentaire Global sur la mesure 18 :

18.1- L'évaluation de l'expérimentation des parcours personnalisés des patients dans les 35 sites (pilotage DGOS-INCa) est finalisée, autour de 2 volets : une enquête sur l'activité et les missions des infirmiers coordonnateurs ; une évaluation externe. 9.200 patients ont été inclus sur 12 mois, dont 2/3 ont disposé d'un Programme Personnalisé de Soins (PPS). L'expérimentation devrait être poursuivie et approfondie en 2013-2013, en vue de définir un cadre national de déploiement.
18.2- Un nouveau guide ALD pour les médecins traitants a été publié début 2012 concernant les leucémies aigues de l'adulte (HAS-INCa) : 22 guides décrivent la prise en charge standard des patients en ville et à l'hôpital et permettent aux médecins traitants de conforter leur fonction de proximité pendant et après les traitements. Ces guides intègrent depuis juin 2011 les éléments de suivi post ALD (cf.mesure 25).
18.3- La construction du DCC au sein du DMP se poursuit avec 7 régions (pilotage ASIP santé-INCa), en lien avec le réseau régional de cancérologie, la maîtrise d'ouvrage régionale des systèmes d'information et l'ARS. La fiche RCP a été arrêtée sur les items minimaux et l'ASIP a préparé une maquette ; les tests ont été effectués en avril 2012. La généralisation du DCC est reporté à 2013.

Indicateurs de réalisation de la mesure 18

.

Libellés indicateurs	Valeurs	Dates de valeurs	Commentaire
Taux de couverture des guides médecins traitants pour l'ALD 30 (sur 25 localisat	**96%**	**10/05/2012**	24 localisations de cancer couvertes par un guide ALD médecin traitant sur les 25 prévues
	92%	*12/12/2011*	*23 localisations de cancer couvertes par un guide ALD sur les 25 prévues*
	84%	*22/09/2011*	*21 localisations de cancer couvertes parmi les 25 les plus fréquentes.*
	76%	*03/03/2011*	*19 localisations de cancer couvertes sur les 25 les plus fréquentes.*
	68%	*06/12/2010*	*17 localisations couvertes sur les 25 les plus fréquentes*
	52%	*06/09/2010*	*13 localisations couvertes sur les 25 les plus fréquentes*
	44%	*01/06/2010*	*11 localisations couvertes sur les 25 les plus fréquentes*
	32%	*01/01/2010*	*8 localisations couvertes sur les 25 les plus féquentes*
	12%	*01/01/2009*	*3 localisations de cancer couvertes par un guide ALD sur les 25 les plus fréquentes*
Taux de diffusion du Programme Personnalisé de Soins	**25%**	**31/12/2010**	
	17%	*31/12/2009*	*Données de remise du PPS issues des tableaux de bord des réseaux régionaux de santé au 31/12/2009*
	10%	*31/12/2008*	*Données de remise du PPS issues des tableaux de bord des Réseaux régionaux de cancérologie au 31/12/2008. Données 2009 disponibles en juillet 2010. Objectif cible : 80%.*
Taux de diffusion régionale de l'accès des médecins traitants au PPS via le DCC	**15%**	**31/12/2010**	accès au PPS via le DCC dans 4 régions : Alsace, Bretagne, Midi-Pyrénées, Rhône-Alpes (sur 26 régions) - source : synthèse 2010 tableaux de bord RRC

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

Exécution budgétaire mesure 19 :

Financeur	Budget total de la mesure	Réalisé 2009-2011	Taux d'exécution	Budget de la période 2009-2011	Taux d'exécution de la période
PLFSS (DGOS)	202 000 000 €	108 000 000 €	53,5 %	106 000 000 €	101,9 %
INCa	11 530 000 €	5 673 768 €	49,2 %	6 960 000 €	81,5 %
Total	**213 530 000 €**	**113 673 768 €**	**53,2 %**	**112 960 000 €**	**100,6 %**

Etat d'avancement des actions :

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

Commentaire Global sur la mesure 19 :

19.1 et 2- Les résultats de l'enquête nationale sur la prise en charge de la douleur chez les patients adultes atteints de cancer ont été publiés en mars 2012 (INCa). Le rapport de l'étude d'évaluation du ressenti du dispositif d'annonce par les malades, menée en 2011, a été rendu public en mai 2012. Le contenu minimum du programme personnalisé de soins (PPS) est mis à disposition des professionnels depuis février 2011.
19.3- Le dispositif des autorisations de traitement du cancer sera finalisé par les ARS en 2012. Dans le cadre de l'accompagnement mis en place par la DGOS et l'INCa, une réunion nationale d'échanges avec les ARS s'est tenue début 2012. A l'issue des contrôles de conformité menés dans les établissements de santé autorisés, des mises à conformité sont à réaliser et plusieurs contentieux sont à gérer. Les modalités d'évaluation des critères d'agrément seront élaborées au 2ème semestre 2012.
19.4- L'étude sur les délais de prise en charge cancers du sein et du poumon a été menée dans 8 régions (portée par les RRC avec les ORS- pilotage INCa avec la FNORS) ; le rapport est finalisé et va être publié. La 2ème phase concernant les cancers colorectaux et de la prostate a démarré début 2012.
19.5- La plateforme Cancer info confirme sa montée en puissance : le nombre annuel de sollicitations a doublé de 2010 à 2011 (cf. indicateurs). 2 nouveaux guides ALD patients ont été publiés début 2012.

Indicateurs de réalisation de la mesure 19

.

Libellés indicateurs	Valeurs	Dates de valeurs	Commentaire
nombre de guides ALD par localisation de cancer destinés aux patients	**21**	**15/03/2012**	21 guides publiés (2 nouveaux publiés en janvier 2012)
	19	*31/12/2011*	*19 guides publiés*
	15	*01/06/2011*	*15 guides publiés (sur un objectif de 24)*
	11	*31/12/2010*	*11 guides publiés (sur un objectif de 24)*
nombre de sollicitations annuelles de la plateforme cancer Info	**1439 428**	**31/12/2011**	données pour l'année 2011 (344.046 guides commandés + 1.081.752 visites de la rubrique inetrnet + 13.630 appels reçus)
	638 208	*01/03/2011*	*valeur définitive pour l'année 2010 (266.064 guides commandés + 359.567 visites de la rubrique internet + 12.577 appels reçus)*
	94 860	*31/12/2009*	*données de l'année 2009 (68.460 guides commandés + 10.957 visites de la rubrique internet + 15.443 appels reçus). Mise en service de la rubrique internet mi-novembre 2009.*
Taux de patients ayant bénéficié du dispositif d'annonce dans les établissements	**62%**	**31/12/2010**	source : synthèse des tableaux de bord des RRC 2010
	56%	*31/12/2009*	*source : synthèse des tableaux de bord des RRC 2009*
	34%	*31/12/2008*	*T0 2008* *Antérieur à la mise en place du dispositif d'autorisation des établissements*

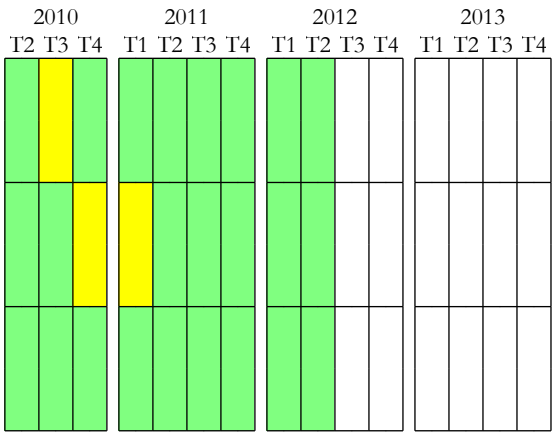
Mesure 20 :
Soutenir la spécialité d'anatomopathologie.

Exécution budgétaire mesure 20 :

Financeur	Budget total de la mesure	Réalisé 2009-2011	Taux d'exécution	Budget de la période 2009-2011	Taux d'exécution de la période
PLFSS (DGOS)	45 500 000 €	2 997 000 €	6,6 %	8 500 000 €	35,3 %
INCa	6 300 000 €	3 696 838 €	58,7 %	5 300 000 €	69,8 %
Total	**51 800 000 €**	**6 693 838 €**	**12,9 %**	**13 800 000 €**	**48,5 %**

Etat d'avancement des actions :

		Etat courant
20.1	Soutenir l'activité d'anatomopathologie en renforçant les équipes et en valorisant la discipline au regard de l'évolution actuelle des pratiques.	planning respecté
20.2	Accompagner la nécessaire adaptation de l'anatomocytopathologie aux évolutions technologiques et scientifiques.	planning respecté
20.3	Soutenir la démarche qualité au sein de la profession d'anatomocyto-pathologie.	planning respecté



Commentaire Global sur la mesure 20 :

Le rapport du groupe de travail relatif à l'anatomopathologie, mis en place par le Ministère de la santé, a été remis en mai 2012 : il dresse l'état des lieux de l'ACP et propose des recommandations sur le mode d'exercice, l'organisation de la discipline et l'accompagnement de son évolution.
20.1- L'actualisation de la nomenclature des actes d'anatomopathologie, publiée en avril 2010, est en cours sous le pilotage de la CNAMTS (avis HAS rendu en sept. 2011), pour intégrer la complexité actuelle des actes ACP en cancérologie ainsi que les actes nouveaux. L'ordonnance relative à la biologie médicale a permis la reconnaissance des techniciens de laboratoire comme des personnels paramédicaux, ouvrant ainsi la voie à une spécialisation et à une revalorisation de ce métier.
20.2- Un soutien particulier a été apporté au développement des tumorothèques sanitaires, pour assurer les examens moléculaires nécessaires aux thérapies ciblées (cf.action 21.2). Pour en développer l'accès, l'INCa a actualisé les indications de cryopréservation à visée sanitaire et la circulaire budgétaire de mi campagne 2011 a alloué à ces structures un financement complémentaire de 750 000 euros. La définition des conditions de transmission des comptes-rendus d'ACP s'inscrit dans le cadre du DCC-DMP (voir actions 7.2 et 18.3).
20.3- Le programme de double lecture des cancers rares et des lymphomes est effectif depuis début 2010. Un suivi de cette activité est effectué afin d'accompagner la phase de montée en charge et optimiser cette organisation, en lien avec la structuration de la prise en charge des cancers rares (cf.indicateurs) : la synthèse de l'activité 2010 de double lecture des cancers rares de l'adulte et des lymphomes a été publiée (INCa).

Indicateurs de réalisation de la mesure 20

.

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

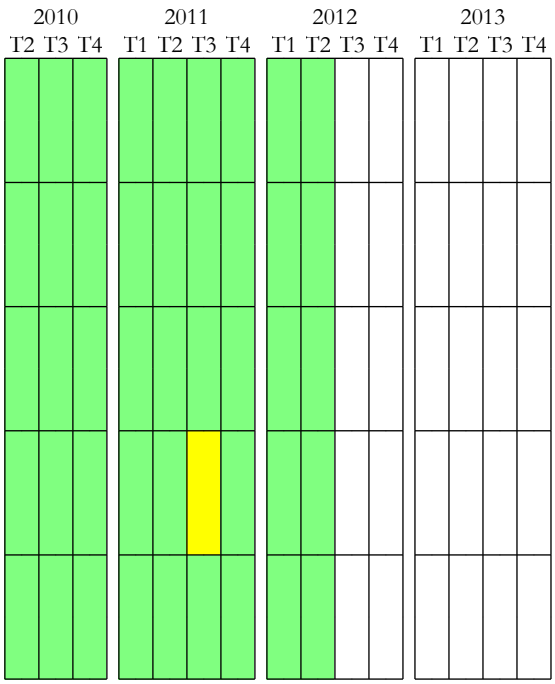
Mesure 21 :
Garantir un égal accès aux traitements et aux innovations.

Exécution budgétaire mesure 21 :

Financeur	Budget total de la mesure	Réalisé 2009-2011	Taux d'exécution	Budget de la période 2009-2011	Taux d'exécution de la période
PLFSS (DGOS)	59 500 000 €	16 499 966 €	27,7 %	19 500 000 €	84,6 %
INCa	8 117 000 €	9 194 676 €	113,3 %	6 867 000 €	133,9 %
Total	**67 617 000 €**	**25 694 642 €**	**38,0 %**	**26 367 000 €**	**97,5 %**

Etat d'avancement des actions :

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



Commentaire Global sur la mesure 21 :

21.1- 5 molécules anticancéreuses sont radiées de la liste en sus au 1er mars 2012 (12 molécules au total depuis 2010) et 1 nouvelle molécule a été inscrite en avril (6 au total depuis 2009). Les référentiels de bon usage (RBU) en cancérologie ont été modifiés avec la suppression de ces molécules.
21.2- Les tests moléculaires, permettant la juste prescription des thérapies ciblées, sont en forte progression (cf. indicateurs). La mise en place d'un programme pour la détection prospective des biomarqueurs émergents permet d'anticiper l'arrivée de nouvelles thérapies ciblées et de les rendre disponibles le plus rapidement possible. Un programme d'évaluation externe de la qualité est lancé (démarrage début 2012).
21.3- 8 projets ont été retenus en 2011 pour l'installation d'équipements de radiothérapie peropératoire dans les cancers du sein. Le lancement d'un nouvel AAP pour les approches chirurgicales innovantes est reporté compte tenu des mesures à mettre en place au regard des impacts organisationnels et financiers des expérimentations.
21.4- Le rapport de l'étude 2011 sur les délais d'accès aux examens IRM (cancers sein, utérus et prostate) a été publié en mars 2012 (INCa). Selon l'enquête annuelle réalisée par la DGOS, 33 IRM supplémentaires ont été installés en 2009 et 2010 dans les 10 régions ciblées (sur un objectif de 88 d'ici 2013).
21.5 - Un projet de chimio-vigilance est à l'étude par les CLIP (cf. action 1.3).

Indicateurs de réalisation de la mesure 21

.

Libellés indicateurs	Valeurs	Dates de valeurs	Commentaire
Evolution des IRM installées dans les 10 régions ciblées	**183**	**01/12/2011**	15 IRM supplémentaires installées en 2010 dans les 10 régions ciblées
	168	*01/01/2010*	*18 IRM supplémentatires installées en 2009 dans les 10 régions ciblées*
	150	*01/01/2009*	*150 IRM installées dans les 10 régions ciblées* *88 IRM supplémentaires sont nécessaires pour atteindre l'objectif de 12IRM par habitants dans ces 10 régions*
Nb nouvelles molécules anticancéreuses intégrées dans la liste en sus	**1**	**31/05/2012**	1 nouvelle molécule inscrite en avril 2012 (au total, 6 molécules inscrites depuis 2010)
	2	*31/12/2011*	*2 nouvelles molécules inscrites en 2011 (au total, 5 molécules inscrites depuis 2009)*
	1	*31/12/2010*	*1 nouvelle molécule inscrite en 2010 (au total, 3 molécules inscrites depuis 2009)*
	2	*31/12/2009*	*2 nouvelles molécules inscrites en 2009*
Nb patients bénéficiant d'un test pour les indications de thérapie ciblée	**61 058**	**31/12/2011**	tests réalisés en 2010 par les plateformes
	42 874	*31/12/2010*	*tests réalisés en 2009 par les plateformes*
	31 965	*31/12/2009*	*tests réalisés en 2008 par les plateformes en oncologie et hématologie*
Nombre de molécules anticancéreuses sorties de la liste en sus	**12**	**01/03/2012**	5 molécules radiées au 1er mars 2012 : au total, 12 molécules ont été sorties depuis 2010
	7	*31/12/2011*	*2 molécules supplémentaires radiées au 1er mars 2011, qui s'ajoutent aux 5 molécules sorties en 2010.*
	5	*31/12/2010*	*5 molécules radiées en 2010*

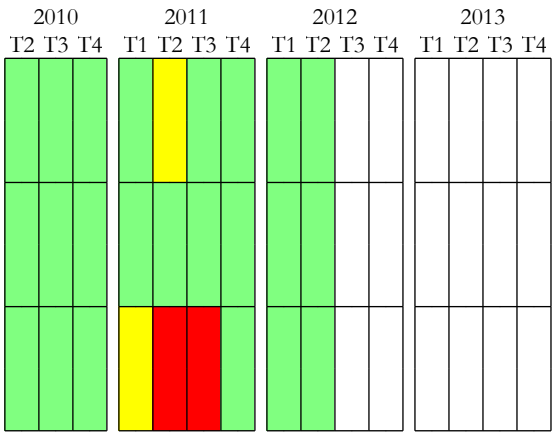
Mesure 22 :
Soutenir la radiothérapie.

Exécution budgétaire mesure 22 :

Financeur	Budget total de la mesure	Réalisé 2009-2011	Taux d'exécution	Budget de la période 2009-2011	Taux d'exécution de la période
PLFSS (DGOS)	68 870 000 €	24 318 000 €	35,3 %	32 910 000 €	73,9 %
INCa	4 700 000 €	2 611 692 €	55,6 %	3 500 000 €	74,6 %
Total	**73 570 000 €**	**26 929 692 €**	**36,6 %**	**36 410 000 €**	**74,0 %**

Etat d'avancement des actions :

		Etat courant
22.1	Soutenir la qualité et la sécurité des pratiques dans les centres de radiothérapie autorisés.	planning respecté
22.2	Renforcer les moyens humains dans les centres de radiothérapie.	planning respecté
22.3	Actualiser les recommandations de bonnes pratiques concernant les techniques de traitement en radiothérapie et leurs indications.	planning respecté



Commentaire Global sur la mesure 22 :

22.1- Le rapport de l'Observatoire national de radiothérapie a été rendu public en janvier 2012. Le rapport "La situation de la radiothérapie en 2011" a été publié en juin 2012. Un groupe de travail va être mis en place par l'INCa pour définir les conditions de fonctionnement des plateaux techniques en radiothérapie.

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

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

Suite à la dernière réunion du comité national de suivi de la radiothérapie, qui s'est tenue le 3 février 2012, le rapport final présentant le bilan des mesures entreprises pour la radiothérapie est publié en juin 2012.

Indicateurs de réalisation de la mesure 22

.

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

Mesure 23 :
Développer des prises en charge spécifiques

Exécution budgétaire mesure 23 :

Financeur	Budget total de la mesure	Réalisé 2009-2011	Taux d'exécution	Budget de la période 2009-2011	Taux d'exécution de la période
PLFSS (DGOS)	126 750 000 €	29 118 000 €	23,0 %	58 250 000 €	50,0 %
PLFSS (DGS)		11 023 505 €			
INCa	9 200 000 €	2 824 176 €	30,7 %	4 960 000 €	56,9 %
Total	**135 950 000 €**	**42 965 681 €**	**31,6 %**	**63 210 000 €**	**68,0 %**

Etat d'avancement des actions :

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

Commentaire Global sur la mesure 23 :

23.1 - 15 groupes de cancers rares sont structurés autour de centres experts, dont l'activité fait l'objet d'un suivi par l'INCa (rapport 2010 publié fin 2011). 2 centres experts supplémentaires vont être soutenus et un nouvel appel à projets a été lancé en en mai 2012 pour finaliser ce dispositif qui répondra à terme à la prise en charge d'une vingtaine de types de tumeurs.
23.2 - 5 projets de constitution de bases clinico-biologiques ont été retenus par l'INCa sur l'appel à projets lancé en 2011 (sur 18 projets soumis). Un nouvel appel à projets a été lancé en février 2012 (cf. action 3.2).
23.3 - Afin d'anticiper l'extension prévisible des consultations et tests d'oncogénétique, un soutien supplémentaire d'1 M euros a été apporté en 2011 aux laboratoires d'oncogénétique (5,4 M au total depuis 2009). La synthèse 2010 de l'activité d'oncogénétique en France a été publiée. Le rapport de bilan des expériences pilotes pour la prise en charge multidisciplinaire des personnes prédisposées héréditairement au cancer a été rendu public en février 2012 (INCa).
23.4 - Sur appel à projets visant au déploiement national des unités de coordination en oncogériatrie, 15 UCOG sont soutenues dès 2011 dans 10 régions (missions : adaptation des traitements par décisions conjointes oncologues-gériatres, développement de la recherche, formation et information en oncogériatrie). De nouvelles unités seront identifiées en 2012.
23.5 - Suite à l'appel à projets DGOS-INCa pour le soutien de projets intégrés et novateurs en faveur des adolescents et jeunes adultes lancé en 2011, 8 projets ont été retenus en février 2012 et seront financés sur une durée de 24 mois. Les 5 projets sélectionnés pour expérimenter un programme personnalisé de l'après-cancer des patients traités dans l'enfance et l'adolescence ont démarré en sept. 2011. L'augmentation du nombre d'unités de sang placentaire collectées se poursuit (cf.indicateurs).

Indicateurs de réalisation de la mesure 23

.

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

Mesure 24 :
Répondre aux défis démographiques des professions

Exécution budgétaire mesure 24 :

Financeur	Budget total de la mesure	Réalisé 2009-2011	Taux d'exécution	Budget de la période 2009-2011	Taux d'exécution de la période
PLFSS (DGOS)	27 285 000 €	2 200 000 €	8,1 %	6 131 000 €	35,9 %
INCa	700 000 €	9 955 €	1,4 %	300 000 €	3,3 %
MESR	6 285 000 €	0 €	0,0 %	2 131 000 €	0,0 %
Total	**34 270 000 €**	**2 209 955 €**	**6,4 %**	**8 562 000 €**	**25,8 %**

Etat d'avancement des actions :

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

Commentaire Global sur la mesure 24 :

24.1- Les mesures prévues pour l'augmentation des médecins en cancérologie progressent. Tous les postes d'internes offerts ont été pourvus en 2011 (arrêté du 31/7/2011) : 116 postes en oncologie, soit 24 postes supplémentaires par rapport à 2010, et 61 en anatomopathologie, soit 8 postes supplémentaires. De plus, 14 postes d'assistants spécialistes ont été affectés en 2011 dans les régions en difficulté démographique pour répondre aux inégalités régionales actuelles (13 postes financés en 2010).
Toutefois, s'agissant des postes hospitalo-universitaires titulaires (PUPH-MCUPH), on observe une diminution des effectifs entre 2008 et 2011 en oncologie, radiothérapie, hématologie et anatomocytopathologie.
Le 3ème rapport ONDPS-INCa sur les métiers liés aux cancers a été publié en février 2012 (cf. action 6.4). Une enquête publiée fin 2011 fait le point sur la mobilité, les choix d'installation et les modes d'exercice des jeunes oncologues et pathologistes (ONDPS-INCa).
24.2 - La démarche de soutien aux coopérations hospitalières par la création de postes partagés a été reportée à 2012 afin de disposer d'un état précis des besoins des régions et des projets de coopération existants.
24.3- Les formations universitaires se développent pour les nouvelles compétences en cancérologie : 3 masters de coordination infirmière des soins ; 1 DU de macroscopie des pièces opératoire en anatomie pour les techniciens d'anatomopathologie ; 3 licences professionnelles en dosimétrie et en radioprotection médicale (dont 1 ouverture est prévue en septembre 2012).

Indicateurs de réalisation de la mesure 24

.

Libellés indicateurs	Valeurs	Dates de valeurs	Commentaire
taux de progression des CCA en anatomocytopathologie	**- 27%**	**15/03/2012**	pourcentage décroissant de CCA en ACP entre 2008 et 2011.
taux de progression des CCA en oncologie et radiothérapie	**26%**	**15/03/2012**	Progression des CCA en oncologie médicale et radiothérapie entre 2008 et 2011
taux de progression des internes en anatomocytopathologie	**61%**	**15/03/2012**	progression entre 2008 et 2011 du nombre d'internes inscrits en 4ème année du DES ACP
taux de progression des internes en oncologie et radiothérapie	**- 8%**	**15/03/2012**	diminution du nombre d'internes inscrits en 4eme annee du DES d'oncologie entre 2008 et 2011. Le taux de progression des inscrits en 4è et 5è années cumulées est de 15% entre 2008 et 2011.
taux de progression des PUPH-MCUPH en anatomocytopathologie	**- 10%**	**15/03/2012**	diminution des effectifs de PU-PH et MCU-PH en ACP entre 2008 et 2011
taux de progression des PUPH-MCUPH en hématologie	**- 5%**	**15/03/2012**	diminution des effectifs de PU-PH et MCU-PH en hématologie entre 2008 et 2011
taux de progression des PUPH-MCUPH en oncologie et radiothérapie	**- 6%**	**15/03/2012**	diminution des effectifs PU-PH et MCU-PH en oncologie et radiothérapie entre 2008 et 2011

Suivi des mesures du Plan Cancer 2009-2013

Axe 5 : VIVRE PENDANT ET APRES UN CANCER

(Fiches mesures 25 à 30)

Mesure 25 :
Développer une prise en charge sociale personnalisée

Exécution budgétaire mesure 25 :

Financeur	Budget total de la mesure	Réalisé 2009-2011	Taux d'exécution	Budget de la période 2009-2011	Taux d'exécution de la période
PLFSS (DGOS)	10 600 000 €	1 300 000 €	12,3 %	1 800 000 €	72,2 %
PLFSS (FICQS)	1 900 000 €	0 €	0,0 %	300 000 €	0,0 %
INCa	5 600 000 €	820 243 €	14,6 %	1 600 000 €	51,3 %
Total	**18 100 000 €**	**2 120 243 €**	**11,7 %**	**3 700 000 €**	**57,3 %**

Etat d'avancement des actions :

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

Commentaire Global sur la mesure 25 :

25.1 à 3 - Les actions prévues ont été réalisées. Un volet social a été intégré dans le PPS avec l'aide des représentants de patients. Le contenu minimum du PPAC a été publié début 2012 (INCa). L'accompagnement après cancer et la prise en charge sociale ont été expérimentés dans le cadre des parcours personnalisés (cf. action 18.1). Les outils mis en place devront être implémentés par les équipes pour permettre une généralisation de ces mesures.

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

25.5- La prise en charge des implants supports de prothèses dentaires est en attente de décision de l'UNCAM (retard) : suite à l'avis rendu par la HAS en février 2012, la demande sera examinée par la Commission de hiérarchisation des actes et prestations en septembre, pour une décision d'ici la fin de l'année.

Indicateurs de réalisation de la mesure 25

.

Libellés indicateurs	Valeurs	Dates de valeurs	Commentaire
Taux de couverture des référentiels de suivi des patients	**76%**	**10/05/2012**	19 localisations de cancer couvertes par un référentiel de suivi sur les 25 prévues
	52%	*12/12/2011*	*13 localisations de cancer couvertes par un référentiel de suivi sur 25 prévues*
	44%	*22/09/2011*	*2 nouvelles localisations couvertes par un référentiel dans le cadre des guides ALD HAS-INCa (sur objectif de 25 localisations) : testicule, leucémies lymphoïdes chroniques*
	36%	*05/04/2011*	*9 cancers couverts (sur objectif de 25 localisations) : thyroïde, rein, vessie, ovaires, SNC, foie, pancréas, endomètre, myélome multiple*
Taux de couverture du Programme Personnalisé de l'Après Cancer (PPAC)	**31%**	**31/10/2011**	source : bilan à 12 mois de l'expérimentation dans les 35 sites pilotes
	30%	*30/06/2011*	*Nombre de patients ayant reçu un PPAC sur les patients en phase d'après cancer dans les 35 sites pilotes*
	0%	*01/06/2010*	*L'action démarrera à compter de 2011 dans le cadre de l'AAP lancé en 2010*
Taux de fragilité sociale dépisté dans les 35 projets pilotes	**32%**	**31/10/2011**	source : bilan à 12 mois de l'expérimentation dans les 35 sites pilotes
	29%	*30/06/2011*	*dans les 35 sites pilotes*
	27%	*30/04/2011*	*Nombre de patients présentant un risque de fragilité sociale sur le total des inclusions dans les 35 sites pilotes*
	20%	*03/12/2010*	*Nombre de patients présentant une fragilité sociale détectée par l'infirmière coordonatrice par rapport aux patients inclus dans les 35 projets pilotes*
	0%	*31/12/2009*	*Travail en cours sur 2010 pour élaborer la grille de détection sociale et le volet social du PPS*

Mesure 26 :
Se doter des moyens et outils nécessaires pour l'accompagnement social personnal

Exécution budgétaire mesure 26 :

Financeur	Budget total de la mesure	Réalisé 2009-2011	Taux d'exécution	Budget de la période 2009-2011	Taux d'exécution de la période
INCa	8 500 000 €	1 625 455 €	19,1 %	2 800 000 €	58,1 %
DGCS	3 800 000 €	0 €	0,0 %	600 000 €	0,0 %
Total	**12 300 000 €**	**1 625 455 €**	**13,2 %**	**3 400 000 €**	**47,8 %**

Etat d'avancement des actions :

		Etat courant	2010 T2	2010 T3	2010 T4	2011 T1	2011 T2	2011 T3	2011 T4	2012 T1	2012 T2	2012 T3	2012 T4	2013 T1	2013 T2	2013 T3	2013 T4
26.1	Encourager le développement des hébergements et appartements thérapeutiques à proximité des lieux de prise en charge médicale.	planning respecté	/														
26.2	Élaborer et mettre en place un référentiel national de détection de la fragilité sociale et de la précarité.	**réalisée**							/	/	/						
26.3	Créer les conditions, collaborations, processus et outils permettant aux services des départements d'activer les procédures d'accès aux prestations et la mise en oeuvre des accompagnements à domicile nécessaires	planning respecté	/	/	/												
26.4	Réaliser un annuaire départemental de tous les professionnels du secteur social concerné auxquels le patient pourra recourir pendant et après le cancer.	planning respecté	/	/													

Commentaire Global sur la mesure 26 :

26.1- Concernant le soutien aux hébergements de proximité, suite à l'appel à projets lancé en mars 2011 par l'INCa, 10 projets ont été retenus (sur 20 déposés) et sont soutenus. L'appel à projets a été réédité en avril 2012 (projets attendus fin juin ; évaluation programmée en octobre 2012).
26.2- Un contenu de fiche de détection de la fragilité sociale élaboré avec les sites pilotes et les représentants des usagers de l'INCa a été mis a disposition des professionnels en février 2011 (cf action 25.2).
26.3- Les modalités de réalisation de l'action, pilotée par la DGCS en collaboration avec la CNSA, ont été définies et son intitulé est reformulé. Elle vise à soutenir les collaborations entre acteurs sanitaires, médico-sociaux et sociaux afin d'améliorer l'accompagnement des personnes atteintes de cancer. Un guide des dispositifs sociaux et médico-sociaux destiné aux professionnels de santé est en cours d'élaboration ; sa publication est prévue pour octobre 2012 (DGCS). Les outils et processus de coordination entre établissements de santé et MDPH (voir action 27.1) vont être déployés dans l'ensemble des départements (CNSA).
26.4 - L'élaboration de l'annuaire départemental des professionnels du secteur social, pilotée par la Ligue nationale contre le cancer, est en cours. Une maquette a été élaborée par un groupe de travail (26 départements impliqués) et un outil informatique est en construction. Une phase d'expérimentation a été engagée en avril 2012 dans 15 départements tests.
Une nouvelle édition du guide "démarches sociales et cancer" a été publiée en mai 2012 dans la collection Cancer Info.

Indicateurs de réalisation de la mesure 26

.

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

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

Exécution budgétaire mesure 27 :

Financeur	Budget total de la mesure	Réalisé 2009-2011	Taux d'exécution	Budget de la période 2009-2011	Taux d'exécution de la période
CNSA	6 400 000 €	8 949 €	0,1 %	1 400 000 €	0,6 %
Total	**6 400 000 €**	**8 949 €**	**0,1 %**	**1 400 000 €**	**0,6 %**

Etat d'avancement des actions :

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

Commentaire Global sur la mesure 27 :

Les deux actions de la mesure 27 sont achevées (elles ont été réalisées sur ressources propres, sans valorisation par la CNSA des ressources humaines mobilisées).

27.1- A la suite des expérimentations sur les coopérations entre MDPH et équipes sanitaires prenant en charge des personnes atteintes de cancer, conduites en 2011 sous le pilotage de la CNSA en partenariat avec l'INCa, le rapport final a été publié début 2012 (1er février) sur les sites cnsa.fr, e-cancer.fr et plan-cancer.gouv.fr, puis diffusé aux acteurs concernés dans les champs sanitaire, social et médico-social.
Des méthodes et des outils, issus des expérimentations, sont proposés et mis à la disposition de l'ensemble des MDPH et équipes sanitaires prenant en charge des patients atteints de cancer, pour faciliter la communication et les échanges entre ces structures et développer la sensibilisation et la formation mutuelle en termes d'évaluation des besoins de la personne touchée et des conséquences du cancer et des traitements.

27.2- La CNSA a contribué à l'actualisation du guide Cancer Info "démarches sociales et cancer", par la refonte de la rubrique consacrée aux MDPH (publication prévue au 1er semestre 2012). Il n'apparait pas pertinent de réaliser un livret spécifique, le guide "démarches sociales" étant un support plus approprié pour l'information des personnes touchées par le cancer.

Indicateurs de réalisation de la mesure 27

.

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

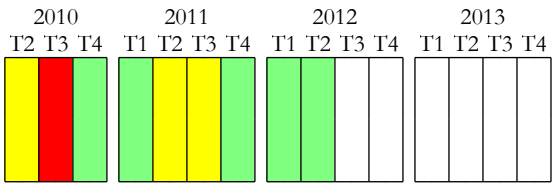
Mesure 28 :
Améliorer l'accès des personnes malades et guéries aux assurances et crédit

Exécution budgétaire mesure 28 :

Financeur	Budget total de la mesure	Réalisé 2009-2011	Taux d'exécution	Budget de la période 2009-2011	Taux d'exécution de la période
INCa	8 000 000 €			2 400 000 €	
Total	**8 000 000 €**			**2 400 000 €**	

Etat d'avancement des actions :

		Etat courant
28.1	Mener les concertations pr renouveler la convention AERAS pr améliorer la couverture assurantielle et l'accès à l'emprunt des pers. présentant un risque aggravé de santé	planning respecté



Commentaire Global sur la mesure 28 :

Les actions se poursuivent pour la réalisation des engagements pris par la nouvelle convention AERAS signée le 1er février 2011 par les ministres concernés (économie et finances, cohésion sociale, santé), les associations et les fédérations des secteurs de la banque et de l'assurance :
- L'élargissement des conditions d'éligibilité au dispositif d' « écrêtement des surprimes » pour les emprunteurs à revenus modestes est effectif à partir de septembre 2011 ;
- La nouvelle garantie invalidité disponible depuis septembre devrait pouvoir concerner 70% des assurés admis en 2ème catégorie invalidité sécurité sociale, selon les résultats d'une étude DSS-CNAMTS (oct.2011) ;
- un nouveau site internet AERAS a été mis en ligne fin 2011 pour permettre une information adaptée du public ;
- les travaux de la Commission des Etudes et des Recherches ont été engagés, installée en janvier 2012 sous l'égide d'un nouveau Président, pour faire évoluer les éléments d'appréciation du risque (secrétariat général assuré par la DGS).

Dans ce cadre, l'INCa a été missionné par le Ministre chargé de la santé pour piloter un groupe d'experts consacré aux cancers, dont le programme de travail sera défini au regard des besoins à identifier par la Commission des Etudes et des Recherches. La composition de ce groupe a été actée par la Commission lors de sa 2ème réunion le 15 mars ; les travaux du groupe ont démarré en mai 2012.

Indicateurs de réalisation de la mesure 28

.

Libellés indicateurs	Valeurs	Dates de valeurs	Commentaire
Nb de contrats avec garantie invalidité standard et exclusions	**0**	**15/06/2012**	Indicateur retenu par la Commission de suivi AERAS (non spécifique au cancer) - données non encore disponibles
Nb de contrats avec garantie invalidité standard, surprime et exclusions	**0**	**15/06/2012**	Indicateur retenu par la Commission de suivi AERAS (non spécifique au cancer) - données non encore disponibles
Nombre de contrats avec garantie invalidité AERAS	**0**	**15/06/2012**	Indicateur retenu par la Commission de suivi AERAS (non spécifique au cancer) - données non encore disponibles
Nombre de contrats avec garantie invalidité standard	**0**	**15/06/2012**	Indicateur retenu par la Commission de suivi AERAS (non spécifique au cancer) - données non encore disponibles

Mesure 29 :
Lever les obstacles à la réinsertion professionnelle des pers. atteintes

Exécution budgétaire mesure 29 :

Financeur	Budget total de la mesure	Réalisé 2009-2011	Taux d'exécution	Budget de la période 2009-2011	Taux d'exécution de la période
INCa	200 000 €			200 000 €	
Total	**200 000 €**			**200 000 €**	

Etat d'avancement des actions :

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

Commentaire Global sur la mesure 29 :

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

29.1- L'état des lieux des dispositifs mobilisables pour le maintien / retour à l'emploi des personnes atteintes de cancer est en cours. Le rapport INCa-ARC "situations de travail et trajectoires professionnelles des actifs atteintes de cancer" est validé et va être publié. La finalisation des travaux est reportée au 2ème semestre 2012.
29.2- Cet état des lieux permettra d'actualiser et enrichir les supports d'information existants et de favoriser la diffusion des outils auprès des patients, des professionnels et des employeurs.
29.3- Plusieurs actions sont lancées afin de mieux préparer la reprise du travail pour les personnes atteintes de cancer et l'accompagnement dans les entreprises :
- Le volet social du programme personnalisé de soins publié en 2010 intègre la dimension de l'emploi ; elle est également inscrite dans le programme personnalisé de l'après cancer (cf. action 25.3).
- Un item relatif aux malades atteints de cancer a été intégré au suivi de l'expérimentation « employabilité » dont l'évaluation est prévue fin 2012 (DGCS).
- Suite à l'appel à projets de recherche lancé par l'INCa fin 2011 sur la thématique "cancer et emploi", 3 projets ont été retenus en mai 2012 (sur 9 projets soumis) et vont être financés sur une durée de 24 à 36 mois.
- La sensibilisation à la thématique santé-travail dans les entreprises va être soutenue à l'aide d'outils pédagogiques adaptés (pilotage DGT) : la constitution d'un groupe "maladie chronique et travail" a été actée par le comité opérationnel du réseau francophone de formation en santé au travail.

Indicateurs de réalisation de la mesure 29

.

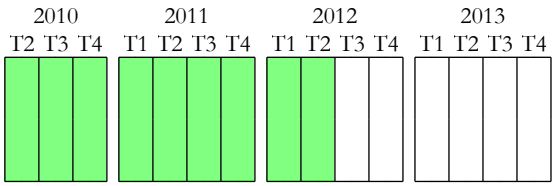
Libellés indicateurs	Valeurs	Dates de valeurs	Commentaire
à définir	**0**	**01/09/2010**	indicateur à définir

Mesure 30 :
Créer un Observatoire sociétal des cancers.

Financeur	Budget total de la mesure	Réalisé 2009-2011	Taux d'exécution	Budget de la période 2009-2011	Taux d'exécution de la période
Total					

Etat d'avancement des actions :

		Etat courant
30.1	Créer sous l'égide de la Ligue nationale contre le cancer un Observatoire sociétal des cancers s'appuyant sur tous les relais départementaux de la Ligue.	planning respecté



Commentaire Global sur la mesure 30 :

L'Observatoire sociétal des cancers, créé sous l'égide de la Ligue nationale contre le cancer, s'est fixé 3 grandes missions : observer les répercussions du cancer sur les plans social et sociétal ; dénoncer les inégalités induites par la maladie cancéreuse ; proposer des solutions pour corriger ces inégalités. Il s'appuie sur le maillage territorial de la Ligue composée de 103 comités départementaux.

Le premier rapport de l'Observatoire sociétal du cancer a été publié le 23 mars 2012. Il met en lumière la réalité du vécu des malades, au regard notamment des ressources et des charges des personnes touchées, de la vie quotidienne à domicile et des difficultés liées aux séquelles physiques et psychologiques, ainsi que de la vie professionnelle et les conditions de la reprise du travail.

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

Indicateurs de réalisation de la mesure 30

.

Libellés indicateurs	Valeurs	Dates de valeurs	Commentaire
Publication du rapport de l'Observatoire sociétal des cancers	**1**	**23/03/2012**	Premier rapport de l'Observatoire publié le 23 mars 2012

Exécution budgétaire détaillée

Budget de l'Axe Recherche

			2009	2010	2011	2012	2013	Total
1-1	PLFSS (DGOS)	Budgété	1 600 000 €	3 200 000 €	6 300 000 €	8 600 000 €	10 400 000 €	**30 100 000 €**
		Réalisé	1 625 600 €	2 683 900 €	4 487 383 €			**8 796 883 €**
	INCa	Budgété	1 869 000 €	4 204 000 €	6 635 000 €	8 500 000 €	9 000 000 €	**30 208 000 €**
		Réalisé	2 618 177 €	4 149 188 €	7 404 847 €			**14 172 212 €**
	Inserm	Budgété						
		Réalisé			8 158 275 €			**8 158 275 €**
1-2	INCa	Budgété	1 483 000 €	1 541 000 €	1 500 000 €	1 500 000 €	1 500 000 €	**7 524 000 €**
		Réalisé	856 172 €	934 929 €	776 213 €			**2 567 314 €**
	Inserm	Budgété						
		Réalisé			1 194 568 €			**1 194 568 €**
1-3	INCa	Budgété	0 €	150 000 €	300 000 €	450 000 €	500 000 €	**1 400 000 €**
		Réalisé	704 287 €	3 836 000 €	2 810 066 €	0 €		**7 350 353 €**
	Inserm	Budgété						
		Réalisé			375 149 €			**375 149 €**
1-5	INCa	Budgété						
		Réalisé			135 000 €			**135 000 €**
2-1	INCa	Budgété	419 000 €	971 000 €	1 821 000 €	2 800 000 €	3 500 000 €	**9 511 000 €**
		Réalisé	841 189 €	1 171 366 €	1 750 126 €			**3 762 681 €**
3-1	INCa	Budgété	579 000 €	1 421 000 €	2 271 000 €	2 850 000 €	3 000 000 €	**10 121 000 €**
		Réalisé		247 406 €	74 100 €			**321 506 €**
3-2	INCa	Budgété	0 €	600 000 €	1 200 000 €	1 800 000 €	2 000 000 €	**5 600 000 €**
		Réalisé	641 295 €	802 894 €	787 894 €			**2 232 083 €**
3-3	INCa	Budgété						
		Réalisé			30 000 €			**30 000 €**
	Inserm	Budgété						
		Réalisé			29 264 €			**29 264 €**
3-4	INCa	Budgété	0 €	300 000 €	600 000 €	900 000 €	1 000 000 €	**2 800 000 €**
		Réalisé	212 650 €	813 514 €	1 154 864 €			**2 181 028 €**
	Inserm	Budgété						
		Réalisé			2 120 777 €			**2 120 777 €**
3-5	INCa	Budgété	0 €	0 €	1 800 000 €	2 700 000 €	3 000 000 €	**7 500 000 €**
		Réalisé	2 000 000 €					**2 000 000 €**
	Inserm	Budgété						
		Réalisé			1 272 418 €			**1 272 418 €**
3-6	INCa	Budgété	0 €	450 000 €	900 000 €	1 350 000 €	1 500 000 €	**4 200 000 €**
		Réalisé		229 308 €	229 308 €			**458 616 €**
	Inserm	Budgété						
		Réalisé			0 €			**0 €**

4-1	PLFSS (DGOS)	Budgété	16 578 000 €	18 083 000 €	19 782 000 €	21 100 000 €	21 700 000 €	**97 243 000 €**
		Réalisé	18 503 000 €	20 081 700 €	21 832 220 €			**60 416 920 €**
	INCa	Budgété						
		Réalisé	675 000 €					**675 000 €**
4-2	INCa	Budgété						
		Réalisé			22 500 €			**22 500 €**
4-5	INCa	Budgété	616 000 €	693 000 €	916 000 €	1 000 000 €	1 000 000 €	**4 225 000 €**
		Réalisé	379 675 €	136 180 €	272 235 €			**788 090 €**
4-7	INCa	Budgété						
		Réalisé			47 442 €			**47 442 €**
	Inserm	Budgété						
		Réalisé			123 946 €			**123 946 €**
5-2	INCa	Budgété	8 500 000 €	8 500 000 €	7 800 000 €	8 000 000 €	8 000 000 €	**40 800 000 €**
		Réalisé	8 531 735 €	10 568 966 €	7 811 748 €			**26 912 449 €**
5-3	INCa	Budgété	16 956 000 €	15 391 000 €	18 856 000 €	16 452 000 €	18 000 000 €	**85 655 000 €**
		Réalisé	10 705 109 €	13 491 297 €	19 253 345 €			**43 449 751 €**
	Inserm	Budgété						
		Réalisé			684 314 €			**684 314 €**
5-4	INCa	Budgété	5 000 000 €	5 000 000 €	5 000 000 €	5 000 000 €	5 000 000 €	**25 000 000 €**
		Réalisé	495 000 €	1 189 212 €	1 948 732 €			**3 632 944 €**
	Inserm	Budgété						
		Réalisé			3 645 623 €			**3 645 623 €**
5-5	INCa	Budgété	0 €	150 000 €	300 000 €	450 000 €	500 000 €	**1 400 000 €**
		Réalisé	195 967 €	100 569 €	124 482 €			**421 018 €**
5-6	Inserm	Budgété						
		Réalisé			75 154 €			**75 154 €**

Total budgété sur l'axe	**53 600 000 €**	**60 654 000 €**	**75 981 000 €**	**83 452 000 €**	**89 600 000 €**	**363 287 000 €**
Total réalisé sur l'axe	**48 984 856 €**	**60 436 429 €**	**88 631 993 €**	**0 €**		**198 053 278 €**

Budget de l'Axe Observation

			2009	2010	2011	2012	2013	Total
6-1	INCa	Budgété	42 000 €	42 000 €	42 000 €	42 000 €	42 000 €	**210 000 €**
		Réalisé	17 966 €	29 355 €	23 330 €			**70 651 €**
6-2	INCa	Budgété	0 €	340 000 €	210 000 €	210 000 €	210 000 €	**970 000 €**
		Réalisé	14 854 €	34 660 €	128 039 €			**177 553 €**
6-3	INCa	Budgété	50 000 €	50 000 €	50 000 €	50 000 €	50 000 €	**250 000 €**
		Réalisé	68 722 €	180 000 €				**248 722 €**
	INPES	Budgété	150 000 €	0 €	0 €	0 €	150 000 €	**300 000 €**
		Réalisé	0 €	315 659 €	13 230 €			**328 889 €**
6-4	INCa	Budgété	10 000 €	10 000 €	10 000 €	10 000 €	10 000 €	**50 000 €**
		Réalisé			30 368 €			**30 368 €**
6-5	INCa	Budgété	150 000 €	300 000 €	550 000 €	0 €	0 €	**1 000 000 €**
		Réalisé			184 013 €			**184 013 €**
7-1	INCa	Budgété	3 221 000 €	3 533 000 €	3 883 000 €	4 233 000 €	4 583 000 €	**19 453 000 €**
		Réalisé	3 330 578 €	4 391 194 €	4 685 356 €			**12 407 128 €**
	InVS	Budgété	2 982 000 €	3 294 000 €	3 644 000 €	3 994 000 €	4 344 000 €	**18 258 000 €**
		Réalisé	2 718 000 €	3 111 608 €	1 830 980 €			**7 660 588 €**
7-2	InVS	Budgété	162 000 €	562 000 €	762 000 €	662 000 €	162 000 €	**2 310 000 €**
		Réalisé	0 €	90 435 €	140 660 €			**231 095 €**
8-2	INCa	Budgété	100 000 €	280 000 €	455 000 €	180 000 €	30 000 €	**1 045 000 €**
		Réalisé	30 249 €					**30 249 €**
9-1	InVS	Budgété	0 €	540 000 €	240 000 €	240 000 €	240 000 €	**1 260 000 €**
		Réalisé		80 793 €	92 711 €			**173 504 €**
9-2	InVS	Budgété	0 €	400 000 €	400 000 €	200 000 €	150 000 €	**1 150 000 €**
		Réalisé		574 786 €	557 094 €			**1 131 880 €**
9-3	InVS	Budgété	0 €	80 000 €	80 000 €	80 000 €	80 000 €	**320 000 €**
		Réalisé		86 760 €	93 155 €			**179 915 €**
Total budgété sur l'axe			**6 867 000 €**	**9 431 000 €**	**10 326 000 €**	**9 901 000 €**	**10 051 000 €**	**46 576 000 €**
Total réalisé sur l'axe			**6 180 369 €**	**8 895 250 €**	**7 778 936 €**			**22 854 555 €**

Budget de l'Axe Prévention / Dépistage

			2009	2010	2011	2012	2013	Total
10-2-1	PLFSS (FNPEIS)	Budgété	20 000 000 €	22 000 000 €	37 000 000 €	46 200 000 €	46 200 000 €	**171 400 000 €**
		Réalisé	15 500 000 €	16 777 607 €	13 842 472 €			**46 120 079 €**
10-2-2	INPES	Budgété	3 980 000 €	3 980 000 €	3 980 000 €	3 980 000 €	3 980 000 €	**19 900 000 €**
		Réalisé	1 147 000 €	1 312 761 €	1 788 276 €			**4 248 037 €**
10-2-3	INPES	Budgété	6 000 000 €	6 000 000 €	6 000 000 €	6 000 000 €	6 000 000 €	**30 000 000 €**
		Réalisé	5 657 000 €	8 957 544 €	5 823 783 €			**20 438 327 €**
10-2-4	DGS	Budgété	8 000 €	0 €	0 €	0 €	0 €	**8 000 €**
		Réalisé	8 000 €	0 €	0 €			**8 000 €**
11-1	INCa	Budgété	0 €	200 000 €	0 €	0 €	0 €	**200 000 €**
		Réalisé			3 005 €			**3 005 €**
11-2	INCa	Budgété	0 €	0 €	1 000 000 €	0 €	0 €	**1 000 000 €**
		Réalisé			43 910 €			**43 910 €**
11-3	INPES	Budgété	0 €	150 000 €	150 000 €	150 000 €	0 €	**450 000 €**
		Réalisé	0 €	0 €	18 310 €			**18 310 €**
11-4	INCa	Budgété	0 €	200 000 €	200 000 €	200 000 €	0 €	**600 000 €**
		Réalisé	81 305 €	202 374 €	516 121 €			**799 800 €**
11-6	INPES	Budgété	150 000 €	150 000 €	150 000 €	150 000 €	150 000 €	**750 000 €**
		Réalisé		263 036 €	2 970 €			**266 006 €**
12-1	INCa	Budgété						
		Réalisé	17 316 €	57 943 €				**75 259 €**
12-3	DGT	Budgété	25 000 €	50 000 €	50 000 €	50 000 €	0 €	**175 000 €**
		Réalisé	0 €	16 659 €	41 126 €			**57 785 €**
12-4	INCa	Budgété	0 €	125 000 €	125 000 €	125 000 €	0 €	**375 000 €**
		Réalisé		200 000 €	21 €			**200 021 €**
12-5	INCa	Budgété						
		Réalisé			933 €			**933 €**
	INPES	Budgété	2 500 000 €	2 500 000 €	2 500 000 €	2 500 000 €	2 500 000 €	**12 500 000 €**
		Réalisé	2 090 000 €	2 461 582 €	2 013 416 €			**6 564 998 €**
12-6	INCa	Budgété						
		Réalisé			70 162 €			**70 162 €**
13-1	INCa	Budgété	0 €	250 000 €	0 €	250 000 €	0 €	**500 000 €**
		Réalisé			0 €			**0 €**
13-3	INCa	Budgété	0 €	0 €	200 000 €	0 €	0 €	**200 000 €**
		Réalisé			22 510 €			**22 510 €**
13-4	INCa	Budgété	0 €	150 000 €	150 000 €	150 000 €	150 000 €	**600 000 €**
		Réalisé			3 469 €			**3 469 €**

14-1-1	**INCa**	**Budgété**	0 €	300 000 €	300 000 €	0 €	0 €	**600 000 €**
		Réalisé			84 961 €			**84 961 €**
14-1-2	**INCa**	**Budgété**	2 600 000 €	3 600 000 €	5 550 000 €	6 500 000 €	5 050 000 €	**23 300 000 €**
		Réalisé		152 868 €	122 294 €			**275 162 €**
14-1-3	**INCa**	**Budgété**	0 €	100 000 €	100 000 €	100 000 €	0 €	**300 000 €**
		Réalisé						
14-1-4	**INCa**	**Budgété**						
		Réalisé	6 737 628 €	6 744 941 €	5 616 245 €			**19 098 814 €**
14-2-1	**INCa**	**Budgété**	0 €	400 000 €	400 000 €	400 000 €	400 000 €	**1 600 000 €**
		Réalisé			7 096 €			**7 096 €**
14-2-2	**INCa**	**Budgété**						
		Réalisé	426 370 €	127 515 €	111 540 €			**665 425 €**
	DGS	**Budgété**	500 000 €	200 000 €	200 000 €	200 000 €	200 000 €	**1 300 000 €**
		Réalisé	0 €	0 €	0 €			**0 €**
14-2-3	**INCa**	**Budgété**	0 €	125 000 €	125 000 €	125 000 €	125 000 €	**500 000 €**
		Réalisé						
14-3-1	**INCa**	**Budgété**	100 000 €	125 000 €	225 000 €	100 000 €	100 000 €	**650 000 €**
		Réalisé						
14-3-2	**INCa**	**Budgété**	0 €	200 000 €	200 000 €	200 000 €	100 000 €	**700 000 €**
		Réalisé						
15-1-1	**PLFSS (FNPEIS)**	**Budgété**	67 000 000 €	71 000 000 €	73 000 000 €	76 000 000 €	79 000 000 €	**366 000 000 €**
		Réalisé	74 200 000 €	63 632 774 €	69 475 941 €			**207 308 715 €**
	DGS	**Budgété**	37 000 000 €	39 000 000 €	40 000 000 €	42 000 000 €	44 000 000 €	**202 000 000 €**
		Réalisé	37 670 000 €	38 800 000 €	37 980 785 €			**114 450 785 €**
15-1-2	**INCa**	**Budgété**	0 €	25 000 €	25 000 €	0 €	0 €	**50 000 €**
		Réalisé	30 770 €	34 902 €	131 012 €			**196 684 €**
15-1-3	**INCa**	**Budgété**	45 000 €	70 000 €	45 000 €	70 000 €	45 000 €	**275 000 €**
		Réalisé	27 547 €	233 559 €	0 €			**261 106 €**
15-1-4	**INCa**	**Budgété**						
		Réalisé	74 870 €	113 201 €	5 355 €			**193 426 €**
15-2-1	**INCa**	**Budgété**	50 000 €	50 000 €	0 €	0 €	0 €	**100 000 €**
		Réalisé		30 685 €	64 584 €			**95 269 €**
15-2-2	**INCa**	**Budgété**	0 €	270 000 €	170 000 €	170 000 €	70 000 €	**680 000 €**
		Réalisé			16 119 €			**16 119 €**

16-1-2	**INCa**	**Budgété**	70 000 €	300 000 €	400 000 €	0 €	0 €	**770 000 €**
		Réalisé	205 606 €	196 955 €	19 500 €			**422 061 €**
16-2	**INCa**	**Budgété**	600 000 €	1 000 000 €	1 050 000 €	1 000 000 €	1 000 000 €	**4 650 000 €**
		Réalisé	31 500 €	77 735 €	86 791 €			**196 026 €**
16-3-1	**INCa**	**Budgété**	0 €	225 000 €	225 000 €	125 000 €	25 000 €	**600 000 €**
		Réalisé			5 904 €			**5 904 €**
16-3-2	**PLFSS (FNPEIS)**	**Budgété**	0 €	2 000 000 €	8 000 000 €	8 000 000 €	8 000 000 €	**26 000 000 €**
		Réalisé		0 €	0 €			**0 €**
	INCa	**Budgété**						
		Réalisé	27 055 €		541 €			**27 596 €**
16-4	**INCa**	**Budgété**	100 000 €	500 000 €	500 000 €	400 000 €	0 €	**1 500 000 €**
		Réalisé	142 802 €	187 596 €	78 385 €			**408 783 €**
16-5-1	**INCa**	**Budgété**	0 €	0 €	900 000 €	900 000 €	900 000 €	**2 700 000 €**
		Réalisé	13 500 €	480 576 €	404 440 €			**898 516 €**
16-5-2	**INCa**	**Budgété**	0 €	150 000 €	0 €	100 000 €	0 €	**250 000 €**
		Réalisé	47 631 €	135 000 €	18 904 €			**201 535 €**
16-5-3	**INCa**	**Budgété**	0 €	300 000 €	300 000 €	100 000 €	0 €	**700 000 €**
		Réalisé			68 797 €			**68 797 €**
16-5-4	**INCa**	**Budgété**						
		Réalisé			6 150 €			**6 150 €**
16-6	**PLFSS (FNPEIS)**	**Budgété**						
		Réalisé	600 000 €					**600 000 €**
	INCa	**Budgété**						
		Réalisé	366 993 €	757 887 €	545 293 €			**1 670 173 €**
	DGS	**Budgété**	650 000 €	660 000 €	700 000 €	0 €	0 €	**2 010 000 €**
		Réalisé	394 307 €	812 222 €	719 215 €			**1 925 744 €**
17-1-1	**INCa**	**Budgété**	0 €	2 500 000 €	5 500 000 €	0 €	0 €	**8 000 000 €**
		Réalisé		1 688 906 €				**1 688 906 €**
17-1-2	**INCa**	**Budgété**	50 000 €	114 000 €	64 000 €	64 000 €	64 000 €	**356 000 €**
		Réalisé			9 933 €			**9 933 €**
17-1-3	**INCa**	**Budgété**	0 €	25 000 €	25 000 €	25 000 €	25 000 €	**100 000 €**
		Réalisé			2 478 €			**2 478 €**
17-2-1	**INCa**	**Budgété**	20 000 €	60 000 €	50 000 €	0 €	0 €	**130 000 €**
		Réalisé	35 529 €	180 059 €				**215 588 €**
17-2-2	**INCa**	**Budgété**	84 000 €	84 000 €	84 000 €	84 000 €	84 000 €	**420 000 €**
		Réalisé	44 217 €	80 097 €	49 130 €			**173 444 €**
17-2-3	**INCa**	**Budgété**	60 000 €	160 000 €	100 000 €	100 000 €	100 000 €	**520 000 €**
		Réalisé		97 253 €	29 422 €			**126 675 €**
17-3-1	**INCa**	**Budgété**						
		Réalisé		182 863 €	99 732 €			**282 595 €**
17-3-2	**INCa**	**Budgété**	40 000 €	80 000 €	40 000 €	40 000 €	40 000 €	**240 000 €**
		Réalisé	7 648 €	105 083 €	56 655 €			**169 386 €**
17-3-3	**INCa**	**Budgété**	50 000 €	80 000 €	50 000 €	80 000 €	50 000 €	**310 000 €**
		Réalisé						
17-3-4	**INCa**	**Budgété**	150 000 €	150 000 €	150 000 €	20 000 €	0 €	**470 000 €**
		Réalisé	156 173 €		73 410 €			**229 583 €**
17-4-1	**INCa**	**Budgété**	100 000 €	100 000 €	100 000 €	100 000 €	100 000 €	**500 000 €**
		Réalisé	85 978 €	249 056 €	161 690 €			**496 724 €**
17-4-2	**INCa**	**Budgété**	0 €	20 000 €	20 000 €	20 000 €	20 000 €	**80 000 €**
		Réalisé			46 389 €			**46 389 €**

Total budgété sur l'axe	**141 932 000 €**	**159 728 000 €**	**190 103 000 €**	**196 778 000 €**	**198 478 000 €**	**887 019 000 €**
Total réalisé sur l'axe	**145 826 745 €**	**145 351 239 €**	**140 289 175 €**			**431 467 159 €**

Budget de l'Axe Soins

			2009	2010	2011	2012	2013	Total
18-1	PLFSS (DGOS)	Budgété	0 €	0 €	0 €	5 000 000 €	10 000 000 €	**15 000 000 €**
		Réalisé		0 €	0 €			**0 €**
	INCa	Budgété	400 000 €	900 000 €	1 470 000 €	0 €	0 €	**2 770 000 €**
		Réalisé		1 797 333 €	705 029 €			**2 502 362 €**
18-2	INCa	Budgété	0 €	50 000 €	50 000 €	50 000 €	50 000 €	**200 000 €**
		Réalisé		68 365 €	334 251 €			**402 616 €**
18-3	INCa	Budgété	600 000 €	1 100 000 €	2 100 000 €	2 600 000 €	2 600 000 €	**9 000 000 €**
		Réalisé	436 772 €	1 032 503 €	988 870 €			**2 458 145 €**
19-1	INCa	Budgété	0 €	80 000 €	80 000 €	80 000 €	80 000 €	**320 000 €**
		Réalisé		439 803 €	679 384 €			**1 119 187 €**
19-2	PLFSS (DGOS)	Budgété	13 000 000 €	31 000 000 €	41 000 000 €	41 000 000 €	41 000 000 €	**167 000 000 €**
		Réalisé	13 000 000 €	31 000 000 €	41 000 000 €			**85 000 000 €**
	INCa	Budgété	50 000 €	150 000 €	150 000 €	150 000 €	150 000 €	**650 000 €**
		Réalisé						
19-3	PLFSS (DGOS)	Budgété	7 000 000 €	7 000 000 €	7 000 000 €	7 000 000 €	7 000 000 €	**35 000 000 €**
		Réalisé	9 000 000 €	7 000 000 €	7 000 000 €			**23 000 000 €**
	INCa	Budgété	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	**0 €**
		Réalisé	20 382 €	32 710 €	43 741 €			**96 833 €**
19-4	INCa	Budgété	0 €	150 000 €	300 000 €	110 000 €	0 €	**560 000 €**
		Réalisé		197 100 €	245 124 €			**442 224 €**
19-5	INCa	Budgété	2 000 000 €	2 000 000 €	2 000 000 €	2 000 000 €	2 000 000 €	**10 000 000 €**
		Réalisé	1 120 484 €	918 543 €	1 976 497 €			**4 015 524 €**
20-1	PLFSS (DGOS)	Budgété	0 €	0 €	6 500 000 €	13 000 000 €	13 000 000 €	**32 500 000 €**
		Réalisé		0 €	1 000 000 €			**1 000 000 €**
20-2	PLFSS (DGOS)	Budgété	0 €	0 €	0 €	3 000 000 €	4 000 000 €	**7 000 000 €**
		Réalisé		0 €				**0 €**
	INCa	Budgété	2 700 000 €	1 300 000 €	1 300 000 €	1 000 000 €	0 €	**6 300 000 €**
		Réalisé	2 934 000 €	184 538 €	180 000 €			**3 298 538 €**
20-3	PLFSS (DGOS)	Budgété	0 €	0 €	2 000 000 €	2 000 000 €	2 000 000 €	**6 000 000 €**
		Réalisé		0 €	1 997 000 €			**1 997 000 €**
	INCa	Budgété						
		Réalisé		50 000 €	348 300 €			**398 300 €**
21-1	INCa	Budgété	100 000 €	100 000 €	100 000 €	100 000 €	100 000 €	**500 000 €**
		Réalisé	45 000 €	144 393 €				**189 393 €**
21-2	PLFSS (DGOS)	Budgété	0 €	4 500 000 €	12 000 000 €	14 000 000 €	14 000 000 €	**44 500 000 €**
		Réalisé		4 500 000 €	11 999 966 €			**16 499 966 €**
	INCa	Budgété						
		Réalisé		4 056 911 €	2 876 234 €			**6 933 145 €**
21-3	PLFSS (DGOS)	Budgété	0 €	0 €	3 000 000 €	6 000 000 €	6 000 000 €	**15 000 000 €**
		Réalisé		0 €	0 €			**0 €**
	INCa	Budgété	1 117 000 €	400 000 €	850 000 €	500 000 €	350 000 €	**3 217 000 €**
		Réalisé	958 762 €	80 000 €	974 309 €			**2 013 071 €**
21-4	INCa	Budgété	0 €	100 000 €	100 000 €	100 000 €	100 000 €	**400 000 €**
		Réalisé		28 522 €	29 735 €			**58 257 €**
21-5	INCa	Budgété	0 €	1 000 000 €	3 000 000 €	0 €	0 €	**4 000 000 €**
		Réalisé		810 €				**810 €**

22-1	PLFSS (DGOS)	Budgété	3 000 000 €	9 400 000 €	14 400 000 €	14 400 000 €	14 400 000 €	**55 600 000 €**
		Réalisé	2 640 000 €	6 580 000 €	7 580 000 €			**16 800 000 €**
	INCa	Budgété	1 200 000 €	1 000 000 €	1 000 000 €	500 000 €	500 000 €	**4 200 000 €**
		Réalisé	737 227 €	1 423 665 €	134 044 €			**2 294 936 €**
22-2	PLFSS (DGOS)	Budgété	950 000 €	1 580 000 €	3 580 000 €	3 580 000 €	3 580 000 €	**13 270 000 €**
		Réalisé	630 000 €	3 392 500 €	3 495 500 €			**7 518 000 €**
	INCa	Budgété						
		Réalisé		251 137 €				**251 137 €**
22-3	INCa	Budgété	100 000 €	100 000 €	100 000 €	100 000 €	100 000 €	**500 000 €**
		Réalisé	20 619 €	45 000 €				**65 619 €**
23-1	PLFSS (DGOS)	Budgété	3 000 000 €	6 000 000 €	9 000 000 €	9 000 000 €	9 000 000 €	**36 000 000 €**
		Réalisé	3 070 000 €	4 320 000 €	6 050 000 €			**13 440 000 €**
	INCa	Budgété	254 000 €	50 000 €	50 000 €	50 000 €	50 000 €	**454 000 €**
		Réalisé	160 375 €	383 €	5 063 €			**165 821 €**
23-2	INCa	Budgété	0 €	300 000 €	600 000 €	900 000 €	1 000 000 €	**2 800 000 €**
		Réalisé		5 334 €	630 848 €			**636 182 €**
23-3	PLFSS (DGOS)	Budgété	1 250 000 €	4 250 000 €	5 250 000 €	9 250 000 €	10 250 000 €	**30 250 000 €**
		Réalisé	1 410 000 €	4 410 000 €	5 410 000 €			**11 230 000 €**
	INCa	Budgété						
		Réalisé		15 346 €				**15 346 €**
23-4	PLFSS (DGOS)	Budgété	0 €	1 000 000 €	2 000 000 €	2 000 000 €	2 000 000 €	**7 000 000 €**
		Réalisé		0 €	689 000 €			**689 000 €**
	INCa	Budgété	166 000 €	120 000 €	120 000 €	120 000 €	120 000 €	**646 000 €**
		Réalisé	132 162 €	34 551 €	7 677 €			**174 390 €**
23-5	PLFSS (DGOS)	Budgété	2 000 000 €	6 000 000 €	18 500 000 €	13 500 000 €	13 500 000 €	**53 500 000 €**
		Réalisé	0 €	1 759 500 €	1 999 500 €			**3 759 000 €**
	PLFSS (DGS)	Budgété						
		Réalisé		2 200 000 €	8 823 505 €			**11 023 505 €**
	INCa	Budgété	1 300 000 €	1 000 000 €	1 000 000 €	1 000 000 €	1 000 000 €	**5 300 000 €**
		Réalisé	10 000 €	1 017 038 €	805 399 €			**1 832 437 €**
24-1	PLFSS (DGOS)	Budgété	0 €	686 000 €	1 445 000 €	1 806 000 €	2 348 000 €	**6 285 000 €**
		Réalisé		715 000 €	1 485 000 €			**2 200 000 €**
	INCa	Budgété						
		Réalisé			9 955 €			**9 955 €**
	MESR	Budgété	0 €	686 000 €	1 445 000 €	1 806 000 €	2 348 000 €	**6 285 000 €**
		Réalisé		0 €	0 €			**0 €**
24-2	PLFSS (DGOS)	Budgété	0 €	0 €	4 000 000 €	7 000 000 €	10 000 000 €	**21 000 000 €**
		Réalisé		0 €	0 €			**0 €**
24-3	INCa	Budgété	0 €	100 000 €	200 000 €	200 000 €	200 000 €	**700 000 €**
		Réalisé						

Total budgété sur l'axe	**40 187 000 €**	**82 102 000 €**	**145 690 000 €**	**162 902 000 €**	**172 826 000 €**	**603 707 000 €**
Total réalisé sur l'axe	**36 325 783 €**	**77 700 985 €**	**109 503 931 €**			**223 530 699 €**

Budget de l'Axe Vivre Pendant et Après le Cancer

			2009	2010	2011	2012	2013	Total
25-1	PLFSS (DGOS)	Budgété	0 €	0 €	900 000 €	1 800 000 €	3 000 000 €	**5 700 000 €**
		Réalisé		0 €	900 000 €			**900 000 €**
	PLFSS (FICQS)	Budgété	0 €	0 €	300 000 €	600 000 €	1 000 000 €	**1 900 000 €**
		Réalisé			0 €			**0 €**
25-2	PLFSS (DGOS)	Budgété	0 €	0 €	400 000 €	800 000 €	1 200 000 €	**2 400 000 €**
		Réalisé		0 €	400 000 €			**400 000 €**
25-3	INCa	Budgété	0 €	500 000 €	1 100 000 €	1 700 000 €	2 300 000 €	**5 600 000 €**
		Réalisé		591 422 €	228 821 €			**820 243 €**
25-5	PLFSS (DGOS)	Budgété	0 €	0 €	500 000 €	1 000 000 €	1 000 000 €	**2 500 000 €**
		Réalisé		0 €				**0 €**
26-1	INCa	Budgété	0 €	500 000 €	1 500 000 €	2 500 000 €	3 000 000 €	**7 500 000 €**
		Réalisé		262 004 €	560 122 €			**822 126 €**
26-2	INCa	Budgété	0 €	400 000 €	400 000 €	200 000 €	0 €	**1 000 000 €**
		Réalisé		592 973 €	210 356 €			**803 329 €**
26-3	DGCS	Budgété	0 €	0 €	600 000 €	1 200 000 €	2 000 000 €	**3 800 000 €**
		Réalisé			0 €	0 €	0 €	**0 €**
27-1	CNSA	Budgété	0 €	0 €	1 000 000 €	2 000 000 €	3 000 000 €	**6 000 000 €**
		Réalisé			8 949 €	0 €	0 €	**8 949 €**
27-2	CNSA	Budgété	0 €	0 €	400 000 €	0 €	0 €	**400 000 €**
		Réalisé			0 €			**0 €**
28	INCa	Budgété	0 €	800 000 €	1 600 000 €	2 400 000 €	3 200 000 €	**8 000 000 €**
		Réalisé						
29-2	INCa	Budgété	0 €	100 000 €	100 000 €	0 €	0 €	**200 000 €**
		Réalisé						
Total budgété sur l'axe			**0 €**	**2 300 000 €**	**8 800 000 €**	**14 200 000 €**	**19 700 000 €**	**45 000 000 €**
Total réalisé sur l'axe				**1 446 399 €**	**2 308 248 €**	**0 €**	**0 €**	**3 754 647 €**

Lexique

A

AAP : Appel à projets

ABM : Agence nationale de la biomédecine

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

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

ALD : Affection de longue durée

AMM : Autorisation de mise sur le marché

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

ANSM (ex-AFSSAPS) : Agence nationale de sécurité du médicament

ARC : Fondation ARC pour la recherche sur le cancer

ASIP : Agence des systèmes d'information de santé partagés

ATU : Autorisation temporaire d'utilisation

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

C

CCA : Chef de Clinique - Assistant

CCAM : Classification commune des actes médicaux

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

CCPS : Comité consultatif des professionnels de santé (INCa)

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

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

CIRC : Centre international de recherche sur le cancer

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

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

CNIL : Commission nationale de l'informatique et des libertés

CNSA : Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie

CPP : Comité de protection des personnes

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

D

DGCS : Direction générale de la cohésion sociale

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

DGOS : Direction générale de l'offre de soins

DGRI : Direction générale pour la recherche et l'innovation

DGS : Direction générale de la santé

DGT : Direction générale du travail

DGTPE : Direction générale du trésor

DSS : Direction de la sécurité sociale

H

HAS : Haute autorité de santé

HCSP : Haut conseil de santé publique

I

INCa : Institut national du cancer

INCTR : International network for cancer treatment and research

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

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

InVS : Institut de veille sanitaire

IRD : Institut de recherche pour le développement

IReSP : Institut de recherche en santé publique

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

L

LEEM : Les entreprises du médicament

LNCC : Ligue nationale contre le cancer

MAE : Ministère des affaires étrangères

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

MDPH : Maison départementale des personnes handicapées

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

MSA : Mutualité sociale agricole

O

ONDPS : Observatoire national de la démographie des professions de santé

P

PAIR : Programme d'actions intégrées de recherche

PHRC : Programme hospitalier de recherche clinique

PLF : Projet de loi de finances

PLFSS : Projet de loi de financement de la sécurité sociale

PMSI : Programme de médicalisation des systèmes d'information

PNNS : Programme national nutrition santé

PNREST : Programme national de recherche en environnement santé travail

PNSE : Plan national santé environnement

PU-PH : Professeur des universités-praticien hospitalier

R

RBU : Référentiel de bon usage

RCP : Réunion de concertation pluridisciplinaire

RRC : Réseau régional de cancérologie

S

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

STIC : Soutien aux techniques innovantes coûteuses

V

VADS : Voies aérodigestives supérieures

VIH : Virus de l'immunodéficience humaine

VHC : Virus de l'hépatite C

Liberté • Égalité • Fraternité

RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

Liberté • Égalité • Fraternité
RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

MINISTÈRE
DE L'ENSEIGNEMENT SUPÉRIEUR
ET DE LA RECHERCHE

MINISTÈRE
DES AFFAIRES SOCIALES
ET DE LA SANTÉ

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

52, avenue André Morizet
92513 Boulogne-Billancourt Cedex
Tél. : +33 (1) 41 10 50 00
Fax : +33 (1) 41 10 50 20

INSTITUT NATIONAL DU CANCER
www.e-cancer.fr