3E RAPPORT AU PRÉSIDENT DE LA RÉPUBLIQUE

Février 2017

Liberté • Égalité • Fraternité
RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

MINISTÈRE
DE L'ÉDUCATION NATIONALE,
DE L'ENSEIGNEMENT SUPÉRIEUR
ET DE LA RECHERCHE

Liberté • Égalité • Fraternité
RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

MINISTÈRE
DES AFFAIRES SOCIALES
ET DE LA SANTÉ

INSTITUT
NATIONAL
DU CANCER

3E RAPPORT AU PRÉSIDENT DE LA RÉPUBLIQUE
FÉVRIER 2017

Liberté • Égalité • Fraternité
RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

INSTITUT NATIONAL DU CANCER

Sommaire

INTRODUCTION 5

1. GUÉRIR PLUS DE PERSONNES MALADES 7

Objectif 1 La préfiguration de la généralisation du dépistage organisé du cancer du col de l'utérus et le renouveau profond du dépistage du cancer du sein ont été engagés 7

Objectif 2 Les actions d'accompagnement des médecins généralistes et l'articulation avec l'hôpital ont été renforcées. 13

Objectif 3 La chimiothérapie, la chirurgie ambulatoire et la radiothérapie connaissent des évolutions technologiques et thérapeutiques importantes 16

Objectif 4 La reconnaissance des professions de physicien médical et de dosimétriste est quasiment achevée et le principe d'exercice en pratique avancée a été posé par la loi de modernisation de notre système de santé 20

Objectif 5 Le 1er essai clinique dédié entièrement aux enfants a été lancé et l'accès à l'innovation fait l'objet d'une forte mobilisation 21

Objectif 6 Les patients ont un meilleur accès à la médecine de précision grâce à une analyse des tumeurs plus complète, et la recherche est poursuivie pour identifier de nouvelles cibles thérapeutiques et améliorer leur efficacité 24

Et également en 2016 (Objectifs 1 à 6) 28

2. PRÉSERVER LA CONTINUITÉ ET LA QUALITÉ DE VIE 31

Objectif 7 L'accompagnement des patients a été amélioré s'agissant des soins de support et de l'hospitalisation à domicile 31

Objectif 8 Un accent particulier a été mis sur la prévention tertiaire grâce à des outils d'aide à l'arrêt du tabac et un appel à projets 34

Objectif 9 L'élargissement de l'accès au crédit, et la réforme des services de santé au travail pour le maintien en emploi, visent à diminuer l'impact du cancer sur la vie personnelle et professionnelle 35

Et également en 2016 (Objectifs 7 à 9) 38

3. INVESTIR DANS LA PRÉVENTION ET LA RECHERCHE 39

Objectif 10 La situation française restant très mauvaise, le PNRT permet de renforcer les efforts engagés pour réduire la consommation de tabac 39
Objectif 11 Le parcours éducatif de santé, une campagne de communication sur les 40 % des cancers évitables et la promotion de la recherche interventionnelle donnent à chacun les moyens de réduire son risque de cancer 43
Objectif 12 La recherche, la surveillance et la gestion des cancers liés au travail ou à l'environnement ont fait l'objet de travaux pour prévenir et détecter des cancers 45
Objectif 13 La France poursuit son effort de recherche, notamment fondamentale, en France et à l'international 49

Et également en 2016 (Objectifs 10 à 13) 51

4. OPTIMISER LE PILOTAGE ET LES ORGANISATIONS 53

Objectif 14 La concertation citoyenne et scientifique sur le dépistage du cancer du sein a été un moment fort de démocratie sanitaire 53
Objectif 15 La connaissance du stade de développement du cancer au moment du diagnostic a été améliorée 54
Objectif 16 Des propositions de réorganisation régionale et territoriale des organisations de la cancérologie ont été établies par l'INCa 55
Objectif 17 Les modèles de financement de la radiothérapie oncologique et de la consultation de primo-prescription en chimiothérapie orale évoluent 56

Et également en 2016 (Objectifs 14 à 17) 58

FOCUS SUR LES ENFANTS, ADOLESCENTS ET JEUNES ADULTES 61

LE POINT SUR LA MISE EN ŒUVRE DU PLAN CANCER PAR LES ARS 63

AVANCEMENT DU PLAN CANCER : SYNTHÈSE DE L'AVANCEMENT ET TABLEAUX DE SUIVI 77

INTRODUCTION

Dans ce 3e rapport adressé au président de la République, l'Institut national du cancer (INCa), responsable du pilotage du Plan cancer 2014-2019 pour le compte des ministres chargés de la santé et de la recherche, présente avec ses partenaires sa progression globale et l'avancement de chacune des 208 actions.

À mi-parcours du Plan, la moitié des jalons est réalisée, fruit d'une coopération de l'ensemble de la communauté des soignants, chercheurs, acteurs de la prévention, des grandes associations et fondations dédiées. L'étroite collaboration territoriale engagée avec les agences régionales de santé a permis une mobilisation importante au plus près des citoyens.

C'est également au niveau régional, qu'avec la Direction générale de la santé, les nouvelles structures de dépistage seront coordonnées, pour d'emblée des missions d'envergure : généralisation du dépistage du cancer du col utérin, déploiement d'un programme profondément rénové de dépistage des cancers du sein. Cette rénovation, orientée par ce moment de démocratie sanitaire qu'a constitué la concertation citoyenne et scientifique, facilitera le choix éclairé et l'adhésion des femmes, et prendra appui sur les médecins généralistes.

La mobilisation pour la réduction du tabagisme s'est concrétisée par la mise en place du paquet neutre. Mesure phare du programme national de réduction du tabagisme, son double objectif est de protéger les jeunes de l'entrée dans cette addiction et d'encourager son arrêt pour tous. Un abandon que favorisera, pour tous également, le triplement du forfait des substituts nicotiniques. L'opération Moi(s) sans tabac coordonnée par Santé publique France a permis de lancer le premier défi collectif contre le tabagisme. Enfin, la création du fonds d'intervention contre le tabagisme financera de nouvelles mesures de prévention et de recherche.

L'importance du travail de prévention, reconstruit en milieu scolaire par la création d'un parcours éducatif de santé, a été également rappelée au grand public par une campagne soutenue sur les cancers évitables (40 %) et les comportements à privilégier. C'est dans cet objectif de prévention, que l'Institut a financé pour l'essentiel une chaire de recherche, et soutenu la recherche interventionnelle.

Avec l'appui de la Direction générale de la recherche et de l'innovation, les plateformes de diagnostic moléculaire ont évolué pour s'adapter aux outils et savoirs nouveaux. La levée des freins à la recherche clinique dédiée aux cancers pédiatriques devrait doubler le nombre de médicaments proposés aux enfants atteints de cancers d'ici deux ans. Pour eux, un nouveau programme d'actions intégrées de recherche permettra de soutenir des actions transversales intégrant toutes les disciplines.

Après un travail préparatoire de l'Institut, la Direction générale de l'offre de soins a significativement revalorisé la consultation de primo-prescription pour chimiothérapie orale. Des recommandations ont été adressées aux professionnels de santé sur la gestion des effets indésirables, et une collection d'outils de bonnes pratiques accompagne les médecins généralistes dans leur pratique.

Le modèle de notre lutte est cohérent. Il n'est pourtant ni sans faille ni sans incertitude, et ne doit pas cacher l'importance comme la complexité des tâches à venir. Cette deuxième moitié du Plan qui s'engage n'a pas d'autre choix que persévérer dans sa quête du sens et du progrès afin de conquérir de nouveaux espoirs : pour les malades, pour leurs proches, pour tous nos concitoyens qui sont dans une attente justement impatiente.

1. GUÉRIR PLUS DE PERSONNES MALADES

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

Objectif 1 La préfiguration de la généralisation du dépistage organisé du cancer du col de l'utérus et le renouveau profond du dépistage du cancer du sein ont été engagés

La généralisation du dépistage du cancer du col de l'utérus est en cours

Actions 1.1 et 1.3

Un examen de dépistage, le frottis du col de l'utérus, permet de dépister les lésions précancéreuses et les cancers à un stade permettant plus facilement la guérison. C'est pourquoi, le Plan cancer prévoit la mise en place d'un programme national de dépistage organisé. L'objectif est de réduire l'incidence et le nombre de décès par cancer du col de l'utérus de 30 % à 10 ans. La réalisation d'un frottis du col de l'utérus est recommandée chez les femmes asymptomatiques de 25 à 65 ans, tous les 3 ans (après 2 frottis normaux à 1 an d'intervalle).

Morbidité et mortalité du cancer du col de l'utérus (en 2015)

Nombre de cas incidents de cancer du col de l'utérus : 8 151

Nombre de décès estimé du cancer du col de l'utérus : 2 179

La généralisation du dépistage organisé nécessitait des évaluations préalables. Deux études ont été conduites en 2016 :

- Santé publique France a évalué le dépistage du cancer du col de l'utérus dans les quatre départements pérennes et les neuf départements expérimentaux.

Les invitations y ont permis une augmentation substantielle de la couverture de dépistage de 12 %, avec une couverture globale de 62 %.[1]

- L'Institut national du cancer (INCa) a publié le second volet d'une vaste enquête médico-économique sur la généralisation du dépistage et sur cette base émis des préconisations de déploiement du programe, identifiant des étapes clés. Cette étude préconise de fonder le programme sur l'utilisation du test HPV en dépistage primaire à horizon de 5 à 10 ans. Ce test —par ailleurs coût-efficace— devrait augmenter le nombre de lésions diagnostiquées de 26 %, et diminuer l'incidence jusqu'à 15 %.

Un cahier des charges en vue de la généralisation de ce dépistage a ensuite été établi par l'INCa et porté en annexe d'une instruction de la DGS aux ARS qui initiait la préfiguration de ce dépistage en 2016 et 2017. Dans sa préfiguration initiée en 2016, chaque région doit disposer d'une structure chargée de coordination et de mutualisation. L'arrêté définissant le cahier des charges et permettant la mise en œuvre effective sera publié fin 2017.

En 2016, l'INCa a mis à jour des recommandations sur la conduite à tenir, notamment en cas de cytologie anormale. Ces recommandations ont été développées en proposant aux praticiens des arbres de décisions clairs et adaptés. Elles tiennent compte des nouveaux systèmes de détection des HPV (papillomavirus humains) et des nouvelles stratégies de surveillance.

À la suite de la concertation citoyenne et scientifique sur le dépistage du cancer du sein, une rénovation profonde du programme a été engagée par la ministre en charge de la santé

Un plan d'action a été envoyé à la ministre en charge de la santé par l'INCa et la Direction générale de la santé (DGS) pour rénover profondément le dépistage du cancer du sein - Action 1.6

La concertation citoyenne et scientifique sur le dépistage du cancer du sein, ouverte à l'automne 2015 par la ministre des Affaires sociales et de la Santé et dont l'organisation a été confiée à l'Institut national du cancer (INCa), s'est achevée en septembre 2016.

Trois conférences ont nourri le rapport du comité d'orientation —27 citoyennes, 18 professionnels et 21 experts— et chacune a produit un avis collectif. Par ailleurs, 489 contributions ont été reçues sur le site e-cancer.fr.

Le rapport du comité d'orientation de la concertation citoyenne et scientifique et les attentes exprimées tant par les femmes que par les professionnels, dans leur tonalité générale, considèrent que le programme de dépistage du cancer du sein ne peut être poursuivi sans un renouveau profond. Qu'il doit évoluer à terme vers une approche globale des personnes, intégrée dans un parcours de santé incluant la prévention et prenant en compte l'ensemble des niveaux de risque de cancer du sein, ceci au regard des autres risques de santé auxquels chaque femme est exposée.

[1] http://invs.santepubliquefrance.fr/content/download/128647/458878/version/1/file/rapport_depistage_cancer_col_uterus.pdf

Les travaux du Centre international de recherche sur le cancer (CIRC) sur les bénéfices et limites du dépistage du cancer du sein, publié en juillet 2016, ont également nourri les réflexions. Cette évaluation conclut que pour la tranche d'âge de 50 à 69 ans, la réduction significative de la mortalité par cancer du sein observée l'emporte sur les effets de surdiagnostic et sur les autres effets indésirables.

La ministre des Affaires sociales et de la Santé a, sur ces bases, décidé d'engager le renouveau profond du programme de dépistage organisé en développant un parcours plus personnalisé, fondé sur une meilleure information des femmes, mieux coordonné et impliquant davantage le médecin traitant.

Elle a réaffirmé les objectifs du programme qui sont de réduire la mortalité liée au cancer du sein et d'améliorer la qualité des prises en charges.

Elle a mandaté l'INCa et la Direction générale de la santé (DGS) afin de préparer un plan d'action organisant et mettant en œuvre le renouveau profond du programme de dépistage organisé du cancer du sein.

Le décret d'application relatif à la suppression de la participation pour les frais liés au dépistage spécifique du cancer du sein des femmes à risque élevé et très élevé permet d'accompagner la personnalisation du programme

Action 1.5

La ministre des Affaires sociales et de la Santé a annoncé, lors d'Octobre rose 2015, que toutes les femmes à risque élevé et très élevé pourront bénéficier d'une prise en charge à 100 % par l'Assurance maladie de leurs examens de dépistage à la fréquence recommandée par le médecin qui les suit. La loi de financement de la sécurité sociale pour 2016 a appuyé cet effort d'harmonisation en prévoyant l'exonération du ticket modérateur pour les frais d'examens de dépistage des personnes qui se trouvent dans une situation clinique nécessitant un dépistage spécifique du cancer du sein. Cette évolution permet de proposer à ces femmes une prise en charge adaptée à leur niveau de risque.

Cette mesure a été mise en œuvre par la publication du décret n° 2016-1185 du 30 août 2016 relatif à la participation des assurées pour les frais liés au dépistage spécifique du cancer du sein en cas de risque élevé, qui définit les situations cliniques dans lesquelles est supprimée la participation des assurées aux frais relatifs à certains actes techniques nécessaires au dépistage du cancer du sein (mammographie annuelle complétée, éventuellement, d'une échographie et, dans certains des cas, d'une IRM annuelle).

3,5 millions de tests de dépistage du cancer colorectal ont été réalisés depuis l'introduction du nouveau test immunologique

Action 1.6

Le nouveau test immunologique (test quantitatif OC-Sensor®) a été mis en place en avril 2015, pour lutter contre le cancer colorectal, qui peut être guéri 9 fois sur 10 lorsqu'il est détecté tôt. Plus sensible et de réalisation plus simple, le nouveau test a été bien reçu par les professionnels et par le public. Les premiers chiffres sont encourageants : 3,5 millions de tests ont été réalisés en 2016, contre une moyenne de 2,5 millions réalisés par an avec l'ancien test. Même si l'année 2016 est atypique en raison d'un report des tests non réalisés, un taux de participation supérieur à celui constaté avec l'ancien test est attendu. Santé publique France évaluera ce taux de participation en 2017.

18 mois après le lancement du test immunologique :

4 459 519 tests lus

Taux de positifs : **4,67%**

Parmi les participants, **54,5%** étaient des femmes et **45,5%** des hommes

Une information complète et équilibrée sur les bénéfices et risques du dépistage du cancer de la prostate a été mise en place pour permettre le choix éclairé des hommes

Actions 1.9 et 1.10

S'agissant d'un cancer d'évolution généralement lente, le dépistage du cancer de la prostate fait l'objet de débats au sein de la communauté médicale et scientifique internationale. L'Institut national du cancer (INCa) a publié en mars 2016 un rapport de synthèse qui rappelle que les études disponibles ne permettent pas de conclure sur les bénéfices du dosage du PSA (Prostate Specific Antigen), du fait notamment du surdiagnostic et du surtraitement.

Or les conséquences physiques (risque d'incontinence et d'impuissance, par exemple) et psychologiques du traitement sont importantes. L'INCa, avec l'Assurance maladie, et en lien avec le Collège de médecine générale, a souhaité mettre à disposition des hommes une information complète et équilibrée afin de leur permettre de prendre une décision éclairée.

Informations médecins et patients :

15 000 médecins généralistes sensibilisés

190 000 documents patients diffusés

Cette information est rendue accessible par deux outils :

- le premier délivre aux médecins généralistes toutes les données objectives et utiles ainsi que des éléments de contexte sur les bénéfices et risques du dépistage du cancer de la prostate par dosage du PSA et de son traitement, afin de les aider dans leur pratique et dans l'information à apporter à leurs patients ;
- le second outil, destiné aux patients, vise à informer les hommes qui souhaitent s'engager dans une démarche de dépistage, afin de leur permettre de mettre en balance les bénéfices attendus par rapport aux risques encourus.

Des recherches complémentaires sont nécessaires avant d'envisager un dépistage systématique du cancer du poumon

Action 1.11

La Haute Autorité de santé (HAS) a publié, en janvier 2016, un rapport sur l'évaluation de la pertinence du dépistage du cancer bronchopulmonaire (cancer du poumon) en France par scanner du thorax à faible dose.

À l'issue de ce travail, et au regard des critères définis par l'Organisation mondiale de la santé (OMS), la HAS considère que les conditions de qualité, d'efficacité et de sécurité nécessaires à la réalisation du dépistage du cancer bronchopulmonaire par tomodensitométrie thoracique à dose de rayons X qualifiée de faible chez des personnes fortement exposées au tabac ou l'ayant été ne sont pas réunies en France en 2016.

La HAS a rappelé les difficultés à identifier de façon précise et fiable la population la plus à risque de cancer bronchopulmonaire et a souligné l'intérêt d'orienter les recherches autour de cette question. Elle a également souligné la nécessité d'une maîtrise de l'irradiation, la répétition d'examens radiologiques entraînant un cumul de doses de rayons X au niveau des organes du thorax (dont poumons, seins) et a souligné l'importance de recherches complémentaires afin d'améliorer les connaissances sur les conséquences de l'exposition répétée à des doses de rayons X qualifiées de faibles.

La HAS insiste sur la lutte contre le tabagisme qui constitue le principal facteur de risque de développer ce cancer.

Une information complète et personnalisée sur les dépistages a été proposée sous forme de campagne web

Action 1.9

Depuis mai 2016, l'Institut national du cancer (INCa) propose au grand public et aux professionnels de santé des outils permettant de visualiser l'ensemble des recommandations sur les dépistages des cancers.

Pour le grand public, plusieurs outils « mémo » ont été publiés et un module en ligne www.vosconseilsdepistage.e-cancer.fr a été créé. Il propose de renseigner deux questions (sexe et âge) afin d'accéder de manière simple et rapide à une information personnalisée. Des messages de précaution rappellent la nécessité d'informer son médecin sur d'éventuels antécédents (personnels ou familiaux) et symptômes afin de bénéficier d'un suivi spécifique.

Une campagne largement diffusée :

1 350 pharmacies et 3 000 cabinets médicaux
ont diffusé l'affichette sur le « mémo » des dépistages

8 millions de personnes
ont été exposées à la campagne

200 000 personnes
ont visité le site vosconseilsdepistage.fr

150 000 personnes
ont accédé au module en ligne

Des informations complémentaires sont proposées notamment sur les avantages et les inconvénients du dépistage, permettant à chacun de faire des choix éclairés, sur les symptômes à surveiller ou encore sur la prévention pour réduire son risque de cancer.

Les médecins généralistes ont été destinataires d'un « mémo des dépistages » qui précise, en fonction du niveau de risque du patient, les recommandations et conduites à tenir.

LES ACTIONS DES AGENCES RÉGIONALES DE SANTÉ

Toutes les régions se sont largement impliquées dans les actions de dépistage ou de prévention. Certaines les ont plus particulièrement mises en avant dans leurs priorités régionales comme les ARS de Corse, Océan indien, Pays de la Loire, Auvergne-Rhône-Alpes, Nouvelle-Aquitaine, Normandie, ou encore de Provence-Alpes-Côte d'Azur.

En particulier, les ARS se sont fortement impliquées dans la promotion du dépistage du cancer colorectal et dans l'organisation du dépistage organisé du col de l'utérus.

Des efforts importants ont été consentis en faveur de la lutte contre les inégalités en menant des actions visant les publics les plus vulnérables ou éloignés des actions de dépistage. En particulier, peuvent être signalés les efforts de la région des Hauts-de-France qui sensibilise les femmes à la pratique du frottis, ceux de la Corse pour développer un dépistage en fonction du risque aggravé, de la Guyane qui a déployé des missions dans les communes isolées pour rendre accessible le dépistage (sein, côlon), de PACA qui cible des actions en direction des publics présentant un handicap ou de l'Ile-de-France en direction des publics précaires. Nombre de ces actions se traduisent dans les contrats locaux de santé qui participent ainsi à la lutte contre les inégalités de santé.

Enfin, il convient de souligner une volonté d'implication des médecins généralistes dans les actions de dépistage avec, par exemple en PACA, une formation pour les médecins généralistes à la pratique du frottis.

Objectif 2 Les actions d'accompagnement des médecins généralistes et l'articulation avec l'hôpital ont été renforcées

Les avancées sur la qualité et la sécurité

Bonnes pratiques :
3 brochures publiées dans la collection outils pour la pratique

Coordination ville hôpital :
45 équipes engagées dans l'expérimentation IDEC de coordination ville-hôpital
1 fiche informatisée élaborée pour les réunions de coordination pluridisciplinaires (RCP)

Une nouvelle collection a été mise en place pour accompagner les médecins généralistes dans leurs pratiques

Action 2.22

L'Institut national du cancer (INCa) a développé une nouvelle collection d'outils de bonnes pratiques pour accompagner les médecins généralistes dans leur activité quotidienne auprès des patients atteints de cancer.

Cette collection comprend trois types de supports complémentaires :

- des outils pour la pratique (formats courts) décrivant l'approche thérapeutique par localisation de cancer (du diagnostic au suivi partagé avec l'équipe spécialisée) ;
- des fiches pratiques et synthétiques sur des thématiques transversales au parcours de soins ;
- un document sur les éléments clés de l'organisation des soins en cancérologie.

En 2016, trois documents ont été publiés :

- deux outils pour la pratique par localisation :
  - « Cancers du sein, du diagnostic au suivi » ;
  - « Cancers bronchopulmonaires, du diagnostic au suivi » ;
- une fiche pour la pratique « L'arrêt du tabac chez le patient atteint de cancer ».

Les documents sur la pratique sur les cancers des voies aérodigestives supérieures et sur les cancers colorectaux seront publiés très prochainement, tout comme celui sur les éléments clés de l'organisation des soins en cancérologie.

Le bilan de l'expérimentation des infirmiers dédiés de coordination en cancérologie (IDEC) pour soutenir la coordination ville-hôpital est très positif

Actions 3.2 et 16.5

Les échanges entre les professionnels hospitaliers et ceux intervenants en proximité du domicile des patients —médecin traitant, infirmier libéral, kinésithérapeute— sont essentiels pour soutenir le « virage ambulatoire » à l'œuvre en cancérologie. La Direction générale de l'offre de soins (DGOS) conduit depuis 2015, en lien avec l'Institut national du cancer (INCa), une expérimentation qui prévoit l'intervention d'infirmiers dédiés de coordination en cancérologie (IDEC), en appui des situations les plus complexes.

Le bilan de l'expérimentation IDEC :

45 équipes
(35 hospitalières et 10 premier recours)

Plus de 5 000 patients accompagnés

2/3 des équipes expérimentales y recourent pour accompagner la chimiothérapie orale

Avec près de deux ans d'expérience des équipes, l'année 2016 permet de dresser un premier bilan très positif de cette démarche. Le soutien s'est adressé aux situations les plus complexes : cancers graves ou accompagnés de polypathologies, mais aussi situations de fragilité psychosociale.

Ce projet expérimental se poursuivra au cours des prochaines années en vue de délivrer, courant 2018, une analyse médico-économique complète du dispositif.

Les données minimales médicales, administratives, et organisationnelles requises lors des réunions de concertation pluridisciplinaires (RCP) en cancérologie ont été informatisées

Action 2.10

Le Dossier communicant de cancérologie (DCC) est un outil numérique permettant la transmission des informations relatives à la prise en charge des personnes atteintes de cancer, quel que soit leur lieu de traitement. C'est ainsi un outil au service de la coordination des professionnels et de l'optimisation du parcours de soins des patients.

Au-delà du partage et de l'échange, le DCC met à disposition des services spécifiques afin d'aider les professionnels dans leurs pratiques courantes (par exemple, annuaire et gestion des réunions de concertation pluridisciplinaires - RCP). Ces services contribuent à l'amélioration de la qualité des soins et permettent aux équipes de soins de gagner en efficience, ceci au bénéfice du patient.

Début 2016, à la suite de travaux conduits avec les principaux acteurs du domaine de la cancérologie, le contenu métier de la fiche RCP a été publié. L'objectif est de formaliser les informations minimales requises à la décision pluridisciplinaire de prise en charge d'un patient atteint de cancer. C'est un document permettant également la traçabilité de l'organisation du parcours de prise en charge de chaque patient en cancérologie. Les modalités d'organisation de la RCP sont rappelées dans le Code de la santé publique.

Une réunion de concertation pluridisciplinaire de recours nationale a été mise en place pour les implants mammaires

Action 2.10

L'Institut national du cancer (INCa), en lien avec la Direction générale de la santé (DGS), la Direction générale de l'offre de soins (DGOS) et l'Agence de sécurité sanitaire du médicament et des produits de santé (ANSM), a organisé la mise en place en janvier 2016 d'une RCP de recours nationale pour la discussion des dossiers de patientes chez lesquelles un diagnostic de lymphome associé à un implant mammaire est porté.

Ce diagnostic, d'une très grande rareté, est dans un premier temps confirmé, comme pour tout lymphome, par une relecture systématique du prélèvement tumoral par un pathologiste expert du réseau national de référence anatomopathologique (LYMPHOPATH).

Le dossier est ensuite présenté à cette RCP de recours nationale qui réunit 11 experts de différentes disciplines (hématologie, anatomopathologie, radiologie, médecine nucléaire, chirurgie, chirurgie plastique). La proposition de prise en charge est alors transmise à l'hématologue référent de la patiente et discutée avec elle. Ainsi, quel que soit le lieu de diagnostic et de traitement, chaque patiente bénéficie du meilleur avis d'experts.

LES ACTIONS DES AGENCES RÉGIONALES DE SANTÉ

Plusieurs ARS ont travaillé à de nouvelles organisations pour réduire les délais d'accès, renforcer la qualité et la coordination des soins. Il faut par exemple souligner la création d'un nouvel Institut du sein à Bastia (Corse) offrant une prise en charge des situations en 72 heures ; la constitution en Nouvelle-Aquitaine, d'un groupement de coopération sanitaire entre deux établissements de santé de recours en cancérologie (CHU de Bordeaux et Centre de lutte contre les cancers (CLCC) avec l'objectif d'intégrer les deux autres CHU de la région ; l'adoption en Normandie d'un projet médical de cancérologie régional intégrant gradation des soins et organisation du parcours y compris post traitement (2 CHU + 2 CLCC) ; un projet d'extension des dispositifs AJA (adolescents-jeunes-adultes) en Auvergne-Rhône-Alpes. En matière de coordination ville-hôpital, l'ARS Grand-Est développe un projet de coordination des compétences territoriales en cancérologie (CCTC) tandis que la plateforme ONCOTEL dédiée à l'interface ville-hôpital en Bourgogne-Franche-Comté a enregistré une très forte progression en 2016.

Ces efforts pour une meilleure organisation sont aussi accompagnés par des actions spécifiques en matière de formation et d'information pour améliorer la qualité des interventions. À titre d'exemple : l'élaboration en cours d'un guide sur les signes d'appel de cancers chez l'enfant (CHU de Nancy) destiné aux médecins généralistes et aux pédiatres dans le Grand-Est ou en PACA-Corse, le lancement d'un portail « ProInfosCancer : portail d'information des acteurs de santé ville hôpital regroupant l'ensemble des informations nécessaires aux professionnels (prévention, diagnostic, parcours, offre de soins, soins oncologiques de support, après-cancer).

Objectif 3 La chimiothérapie, la chirurgie ambulatoire et la radiothérapie connaissent des évolutions technologiques et thérapeutiques importantes

Évolutions technologiques et thérapeutiques :

- 2 expertises sur l'avenir de la chimiothérapie orale et la protonthérapie
- 1 expertise sur le parcours de soins d'un patient sous chimiothérapie orale
- 4 recommandations pour mieux anticiper et gérer les effets indésirables des chimiothérapies orales
- 1 recommandation et une nouvelle formation pour assurer la radioprotection
- 36 projets / 3 M€ pour accompagner les équipes sur la chirurgie ambulatoire

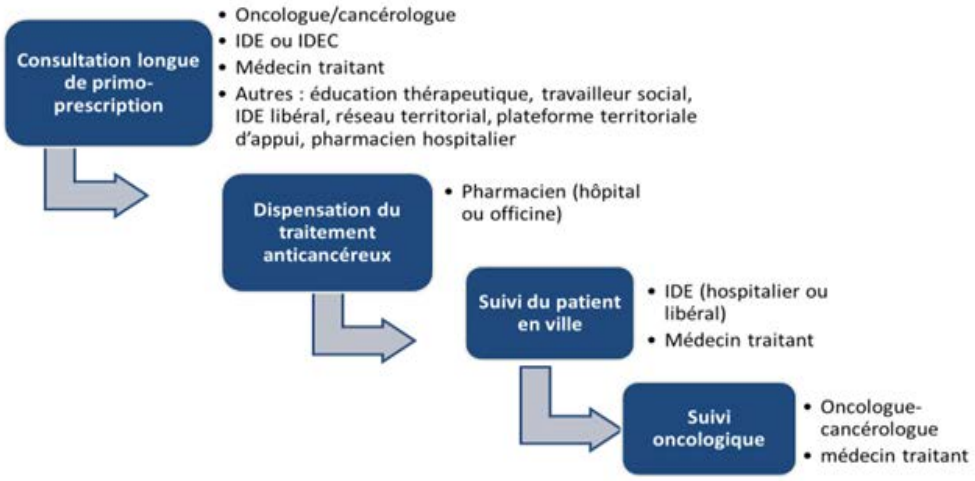
Le développement de la chimiothérapie orale a fait l'objet de mesures d'accompagnement

Deux expertises sur l'organisation de la chimiothérapie orale et son avenir ont été publiées - Action 3.2

L'essor des traitements anticancéreux par voie orale est une évolution majeure pour les patients atteints de cancer, les soins à domicile leur permettant une meilleure qualité de vie durant leur traitement tout en conservant leurs habitudes de vie familiale et sociale, et le cas échéant une activité professionnelle. Cependant, le caractère oral de ces traitements ne les exempte ni de la nécessité d'une réévaluation régulière de leur pertinence ni d'effets indésirables parfois sévères et parfois encore nouveaux ou incomplètement connus qui méritent une attention soutenue. En outre, ils impliquent de plus en plus les professionnels de santé de ville aux côtés des équipes hospitalières.

L'Institut national du cancer (INCa) a publié en 2016, sur saisine de la Direction générale de l'organisation des soins (DGOS), un rapport décrivant le parcours de soins d'un patient sous traitement anticancéreux oral, destiné à sécuriser les soins et à organiser la coordination des acteurs.

Ce parcours est composé de quatre étapes principales successives :



Après l'annonce par la circulaire budgétaire du 12 mai 2016 de la création d'une MIG permettant la valorisation de la consultation longue de primo-prescription de chimiothérapie orale, la 3e circulaire budgétaire 2016 organise une première délégation d'un million d'euros à cet effet aux établissements ayant renseigné leur activité de consultations (cf. objectif 17).

Afin d'homogénéiser et de sécuriser les prises en charge sur l'ensemble du territoire, ce rapport sera décliné en référentiel organisationnel.

En réponse à une saisine de la Direction générale de l'organisation des soins (DGOS), l'analyse de l'INCa conduit à relativiser la prédominance annoncée de la chimiothérapie orale dans le traitement des cancers. En effet, de nouveaux traitements potentiellement de rupture —il en est ainsi de l'immunothérapie par anticorps monoclonaux ou thérapie cellulaire— sont disponibles uniquement par voie injectable, et resteront longtemps sous cette forme ; cependant la combinaison des médicaments injectables et oraux apparaît prometteuse. De fait, l'arrivée de nombreux médicaments oraux (77 anticancéreux oraux au 30 mai 2016) ne s'est pas accompagnée d'une baisse du nombre de séances et séjours hospitaliers. L'analyse de la situation de la chimiothérapie révèle que pour certaines localisations, notamment colorectales et mammaires, les médicaments anticancéreux injectables restent prédominants.

La collection sur la gestion des effets indésirables des médicaments anticancéreux oraux a été complétée par des recommandations sur les cancers du poumon et de la peau -Action 3.1

Certains médicaments récemment commercialisés ciblant de nouvelles voies ont bouleversé la stratégie thérapeutique des cancers concernés. Leur profil de sécurité d'emploi est singulier nécessitant des connaissances spécifiques pour assurer une prévention, un suivi et un traitement adapté des éventuels effets indésirables.

Quatre recommandations sur la prévention et la gestion des effets indésirables des anticancéreux oraux indiqués dans les cancers du poumon et de la peau ont été publiées par l'Institut national du cancer (INCa) en avril 2016 :

- les deux premières portent sur des médicaments anticancéreux indiqués dans le traitement de certains cancers du poumon, à savoir les médicaments ciblant ALK (crizotinib et céritinib) et ceux ciblant EGFR (erlotinib, géfinitib, afatinib) ;
- la troisième porte sur des médicaments anticancéreux indiqués dans le traitement de certains mélanomes et ciblant BRAF (vémurafénib, dabrafénib) ou MEK (cobimétinib, tramétinib) ;
- la dernière porte sur le vismodégib, un médicament anticancéreux inhibant la voie de Hedgehog indiqué dans le traitement des carcinomes basocellulaires.

3 M€ ont été alloués à 36 équipes pour accompagner la mise en œuvre et l'évaluation de la chirurgie ambulatoire

Action 3.7

L'évolution des techniques chirurgicales et anesthésiques, ainsi que le développement des programmes de réhabilitation rapide dans ce domaine, conduisent certaines équipes à développer des offres chirurgicales ambulatoires dans le domaine de la cancérologie. Pour accompagner ces équipes dans la mise en œuvre et l'évaluation de ces projets organisationnels innovants, la Direction générale de l'organisation des soins (DGOS), en lien avec l'Institut national du cancer (INCa), a lancé un appel à projets auprès d'établissements de santé titulaires de l'autorisation de traitement du cancer.

En septembre 2016, à l'issue d'une procédure de consultation large (HAS, ARS, sociétés savantes, directeurs, cadres de santé des établissements et des associations de patients), 36 projets ont été sélectionnés couvrant les principales spécialités chirurgicales, catégories d'établissements et grandes régions. Sont prioritairement intéressés les cancers du sein (23 projets), gynécologiques (2 projets), digestifs (2 projets), ORL (2 projets), urologiques (2 projets) ou les associations de plusieurs pathologies tumorales (5 projets).

Les équipes ont mis en œuvre leur projet dès fin 2016, en s'engageant à participer à une évaluation médico-économique nationale qui permettra d'identifier les processus organisationnels et d'apprécier leur coût.

La radioprotection est renforcée et le développement de la protonthérapie a fait l'objet d'une recommandation de l'INCa

Renforcement de la sécurité sur la radioprotection - Action 3.14, 3.15

La radioprotection des malades et des soignants est un sujet crucial en radiothérapie. L'Agence de sûreté nucléaire (ASN) a constaté que les deux tiers des événements déclarés relatifs à ces traitements ont été qualifiés d'« incident » (niveau 2 ou 2+ sur l'échelle ASN-SFRO), impliquant une dose supérieure aux doses recommandées ou l'irradiation d'un volume pouvant entraîner des complications inattendues mais modestes.

Les investigations menées par l'ASN mettent en exergue des erreurs d'origine organisationnelle et humaine qui surviennent dans un double contexte d'augmentation de l'activité et de contraintes temporelles fortes. De surcroît, des changements techniques organisationnels et humains dont l'impact sur l'activité de travail des personnels avait été insuffisamment analysé sont venus fragiliser les mesures de sécurité mises en place. Ces faits conduisent l'ASN à constater que les démarches de gestion de risque (étude de risque et retour d'expérience des événements significatifs de radioprotection) peinent à porter leurs fruits.

L'ASN a donc décidé de publier des recommandations sur la sécurité du patient exposé aux irradiations hypofractionnées de haute précision, et de faire de ce type de traitement un sujet prioritaire de ses inspections en 2016.

Par ailleurs, la refonte de la formation à la radioprotection des patients (article L.1333-11 du Code de la santé publique) a été engagée. Cette formation, menée avec une forte implication des sociétés savantes, sera l'occasion de répondre au plus près aux besoins des professionnels. En radiothérapie, les démarches de gestion de risque seront au cœur de cette future formation dont la première session sera organisée en 2017.

L'INCa recommande à court terme un déploiement à l'échelon interrégional voire national des appareils de protonthérapie - Action 3.16

Les protons délivrent toute leur énergie dans une zone de tissu étroite sans aller au-delà de la cible, ce qui permet de limiter les doses reçues par les tissus sains et donc d'augmenter l'efficacité par rapport à la radiothérapie classique tout en améliorant la tolérance.

Cependant, elle requiert une infrastructure complexe et nécessite des investissements lourds. De même, son bénéfice en termes de survie n'a pas été réellement documenté à ce jour.

Le rapport publié par l'Institut national du cancer (INCa) en octobre 2016, en réponse à la saisine de la Direction générale de l'organisation des soins (DGOS) rappelle que l'activité de protonthérapie est actuellement réalisée dans deux centres en France, à Nice au Centre Antoine-Lacassagne et à Orsay à l'Institut Curie. L'activité potentielle est estimée à près de 2 000 patients par an en France.

L'INCa recommande de soutenir un plan de déploiement dans une logique interrégionale voire nationale, d'abord pour traiter les indications reconnues actuellement. Les nouvelles indications doivent faire l'objet d'études et d'analyses pour calibrer au mieux le besoin et définir orientations et projections. Enfin, le rapport précise que des efforts de recherche clinique seront indispensables : à la fois pour mettre au point des schémas de traitement dans les nouvelles indications, et pour évaluer leurs conséquences à long terme, par exemple en termes de seconds cancers.

LES ACTIONS DES AGENCES RÉGIONALES DE SANTÉ

Différents types d'actions ont été mises en œuvre par les régions pour faciliter la dispensation des traitements anticancéreux oraux, tant sur le plan de l'organisation, de l'information ou de la formation des professionnels ou des patients. Ainsi en Pays de la Loire, un réseau est développé entre l'hospitalisation à domicile, le réseau régional de cancérologie et les établissements de santé pour organiser les soins et le suivi des patients au domicile.

En Centre-Val-de-Loire, un référentiel régional des traitements anticancéreux injectables à domicile et des fiches d'information pour les patients sont en cours de réalisation.
En Occitanie, une formation de 700 professionnels de santé a été organisée pour les thérapies orales et des fiches d'information sont disponibles sur le site des réseaux régionaux de cancérologie. Dans les Hauts-de-France un référentiel régional a été élaboré (en lien avec le réseau régional de cancérologie) pour les traitements anticancéreux réalisés en hospitalisation à domicile (logigramme de décision, rôle des intervenants, coordination des soins, gestion des évènements indésirables) l'objectif est d'harmoniser et de sécuriser l'administration des anticancéreux à domicile. En Bourgogne-Franche-Comté, le projet BPC officine se poursuit : 52 % des officines adhèrent à ce projet qui permet l'envoi dématérialisé d'ordonnances aux pharmacies de ville. Ces exemples illustrent la très grande capacité des régions et de leurs acteurs à trouver des solutions pour s'adapter aux nouvelles thérapies et aux besoins des patients. Les référentiels régionaux ont vocation à s'inscrire dans la démarche d'élaboration de référentiels nationaux portée par l'INCa.

Objectif 4 La reconnaissance des professions de physicien médical et de dosimétriste est quasiment achevée et le principe d'exercice en pratique avancée a été posé par la loi de modernisation de notre système de santé

Les textes d'application des professions de physicien médical et de dosimétriste en cours d'examen devraient être publiés début 2017

Actions 4.1, 4.2 et 4.3

La loi de modernisation de notre système de santé habilite le gouvernement à légiférer par voie d'ordonnance pour reconnaître les professions de physicien médical et de dosimétriste dans le Code de la santé publique. Par ailleurs, elle pose le principe d'un exercice en pratique avancée pour l'ensemble des professions paramédicales et en définit les lignes de force.

Les textes d'application de la loi sont en cours d'adoption :

- l'ordonnance relative à la profession de physicien médical en cours d'examen devrait être publiée début 2017. Les textes d'application relatifs aux actes, à la formation et au diplôme pourront être publiés au cours du premier trimestre 2017 ;
- le décret modifié relatif aux actes des manipulateurs d'électroradiologie médicale devrait être publié début 2017. L'élaboration des dispositions propres à la spécialité de dosimétriste suivra pour aboutir à un projet de décret en Conseil d'État soumis aux

instances (HCPP, Académie de médecine...) au premier semestre 2017. Parallèlement, les travaux portant sur l'élaboration du référentiel de formation se poursuivent ;

- les référentiels et textes d'application de la loi nécessaires à la création de l'exercice en pratique avancée devraient être publiés en 2017.

LES ACTIONS DES AGENCES RÉGIONALES DE SANTÉ

Sur le plan de l'appui au développement de la formation des professionnels de santé, les ARS sont attentives aux questions de démographie médicale, comme au suivi du nombre de postes d'internes. Les présidents de Collèges et les Conseils nationaux des universités (CNU) se sont emparé de cette réforme. On peut observer un réel dynamisme sur les formations proposées aux professionnels aussi bien pour les oncologues que pour les médecins ou professionnels de premier recours.
Ainsi, à titre d'exemple, on peut relever en Bourgogne-Franche-Comté la mise en place d'une formation en e-learning sur les thérapies ciblées (OMEDIT et réseau régional onco-Bourgogne), et en Corse la mise en place d'un comité régional ONDPS.

Objectif 5 Le 1er essai clinique dédié entièrement aux enfants a été lancé et l'accès à l'innovation fait l'objet d'une forte mobilisation

AcSé Esmart, le premier essai clinique entièrement dédié aux cancers pédiatriques, a été lancé

Action 5.6

Le programme AcSé (Accès Sécurisé à des thérapies ciblées innovantes) vise à proposer à des patients atteints d'un cancer et en échec thérapeutique une stratégie thérapeutique basée sur le profil biologique des tumeurs et non pas uniquement sur l'organe d'origine. La pertinence des deux premiers essais AcSé crizotinib et AcSé vemurafénib a fait l'objet d'une publication dans « Nature Review of Clinical Oncology ».

En 2016, l'Institut national du cancer (INCa) a élargi ce programme aux enfants en lançant l'essai européen Acsé Esmart afin de doubler en deux ans le nombre de médicaments proposés aux enfants atteints de cancers. En effet, les cancers pédiatriques sont des cancers rares et représentent la première cause de décès par maladie chez les enfants. Chaque année en France, 1 700 nouveaux cas sont diagnostiqués chez les enfants et 800 chez les adolescents.

Financé par l'INCa, la Fondation ARC pour la recherche sur le cancer et l'association Imagine for Margo, et promu par Gustave Roussy, l'essai européen AcSé-Esmart est le premier essai clinique entièrement dédié aux cancers pédiatriques. Il vise plusieurs objectifs :

- accélérer l'accès à l'innovation thérapeutique pour les enfants et les adolescents ;
- étudier l'intérêt des molécules ciblées innovantes, en termes d'efficacité et de tolérance ;

- garantir une égalité d'accès des patients aux traitements innovants sur tout le territoire français.

L'essai a pour objectif de tester dix molécules innovantes (thérapies ciblées, immunothérapies, seules ou en association) au sein des 6 centres pédiatriques labellisés par l'INCa pour les essais de phases précoces (CLIP). Il proposera cet accès à l'innovation à 260 enfants en échec thérapeutique, sur trois ans.

L'accès à l'innovation est porté à l'international et sa prise en compte évolue en France

La France est intervenue au plus haut niveau de l'État pour que le prix des anticancéreux fasse l'objet d'une mobilisation internationale - Objectif 5

Les prix des médicaments anticancéreux innovants deviennent très importants et interrogent quant à la soutenabilité du financement de l'innovation par les systèmes de sécurité sociale. Le président de la République a demandé que le G7 se saisisse de ce sujet. La ministre des Affaires sociales et de la Santé a plaidé, lors d'un G7 ministériel au Japon en septembre 2016, en faveur d'un travail international sur le niveau des prix de ces médicaments.

Pour alimenter la position française, à la demande de la ministre des Affaires sociales et de la Santé, l'Institut national du cancer (INCa) a réalisé un état des lieux du prix des médicaments anticancéreux. Cette note fournit des données épidémiologiques sur les principaux cancers, une description et un état des lieux chiffré des médicaments anticancéreux onéreux présents et ceux qui sont attendus dans les deux ans sur le marché. Sur les 12 cancers retenus, 89 molécules ont été identifiées dans les *pipelines* comme susceptibles d'avoir une autorisation de mise sur le marché (AMM) ou une extension d'indication dans les deux ans. Soixante-et-un essais cliniques de phases 2-3 et 3 incluant un anti-PD1 ou anti-PDL1 ont été identifiés avec une date de fin d'essai prévue entre 2016 et 2025 ; 31 essais cliniques avec des CAR-T dont la date de lancement était prévue en 2015 ont été recensés. Les éléments collectés confortent la forte probabilité de leur retentissement sérieux sur les dépenses. Le G7 ministériel a permis de dégager un accord en faveur d'une réflexion internationale sur la maîtrise du prix des innovations.

À la demande de l'OCDE, mandatée pour établir un diagnostic et un rapport sur le prix des médicaments, l'INCa a établi une description fine de la prospective à deux ans. Les discussions sur le prix des médicaments doivent se poursuivre lors de la prochaine réunion des ministres de la santé prévue début 2017. Un rapport intermédiaire sera produit par l'OCDE dans ce délai.

La création d'une délégation ministérielle à l'innovation en santé permettra d'accompagner l'émergence de l'innovation

Un délégué ministériel à l'innovation en santé a été nommé en septembre 2016. Sa mission sera d'organiser la veille et de formaliser des modèles d'évaluation pour la sécurité, l'efficacité et l'efficience des technologies de santé, ainsi que pour leur impact organisationnel.

Par ailleurs, une réforme du financement des actes hors nomenclature, jusque-là historiquement reconduits à titre conservatoire au titre des missions d'intérêt général relatives aux actes hors nomenclature, d'une part, et aux laboratoires de génétique, d'autre part, a été conduite en 2015. La création d'un Référentiel des actes innovants hors nomenclatures (RIHN) et d'une liste complémentaire d'actes de routine hors nomenclature (instruction ministérielle du 31 juillet 2015) vise à favoriser l'accès à l'innovation et à établir les conditions de sa validation par la production de données probantes, utilisables par la HAS.

Cette gestion de l'innovation se traduit depuis 2016 par une actualisation annuelle du RIHN, un effort conjoint mené par le ministère, la HAS et la CNAMTS afin d'inscrire aux nomenclatures les actes de biologie et d'anatomocytopathologie qui ne le sont pas encore et l'introduction d'une rémunération des établissements de santé à l'activité initiée dès 2015. En 2016, le RIHN compte 35 actes référencés pour la génétique somatique des cancers, dont la signature de l'expression génique du cancer du sein.

Un benchmark international sur l'innovation médicamenteuse a permis d'avancer vers l'évolution des dispositifs d'évaluation des médicaments anticancéreux - Action 5.7

Dans le cadre de l'évolution des dispositifs d'évaluation des médicaments anticancéreux (action 5.7), une étude internationale portant sur la définition de l'innovation médicamenteuse en cancérologie et les dispositifs facilitant son accès a été financée par l'Institut national du cancer (INCa). Cette étude montre que s'il n'existe pas de définition figée et consensuelle de l'innovation médicamenteuse en cancérologie, deux critères participant à cette définition, quoique non suffisants à eux seuls, se dégagent : l'amélioration de la survie globale et la réponse à un besoin médical non couvert. Des mécanismes anticipant et accompagnant l'arrivée sur le marché des médicaments innovants tels que des dispositifs de veille stratégique type horizon scanning et des registres de suivi des médicaments onéreux ont été identifiés et apparaissent pertinents. Les résultats de cette étude de benchmark ont été exploités par un groupe de travail multipartite, associant les directions du ministère en charge, le CEPS, la CNAMTS et l'INCa, organisé par la HAS en juillet 2016. Ce groupe de travail a ainsi identifié des axes de réflexion et d'actions à mener, dont certaines en cohérence avec d'autres actions du Plan cancer.

LES ACTIONS DES AGENCES RÉGIONALES DE SANTÉ

Les ARS se sont spécialement impliquées pour informer le grand public sur l'accès aux essais cliniques et favoriser l'inclusion des patients. En Bourgogne-Franche-Comté le développement de l'accès aux essais cliniques s'accompagne d'une réflexion sur un projet commun avec le cancéropôle et le GIRCI Grand-Est. En Guyane, la facilitation de l'accès aux essais et aux thérapeutiques innovantes est rendue possible grâce à un partenariat fructueux avec le Centre de lutte contre le cancer Léon Bérard à Lyon.
En Occitanie, une Charte d'engagement Label IUTC a été élaborée en faveur de l'inclusion dans les essais cliniques. Enfin, des répertoires régionaux des essais cliniques émergent au niveau régional, par exemple en PACA.

Objectif 6 Les patients ont un meilleur accès à la médecine de précision grâce à une analyse des tumeurs plus complète, et la recherche est poursuivie pour identifier de nouvelles cibles thérapeutiques et améliorer leur efficacité

La médecine de précision vise à individualiser le traitement de chaque malade en tenant compte des principales caractéristiques de sa tumeur, en particulier moléculaires et immunologiques, mais aussi d'éventuelles nuances métaboliques et pharmacologiques.

- La caractérisation des anomalies moléculaires des tumeurs permet d'identifier des altérations génétiques (mutations, délétions, translocations de gènes) dans les tumeurs et de proposer des thérapies associées.
- La prescription des thérapies ciblées est guidée, dans la mesure du possible, par les caractéristiques moléculaires de la tumeur de chaque patient. L'Institut national du cancer (INCa) a publié en octobre 2016 un rapport d'état des lieux et d'enjeux qui présente les 43 thérapies ciblées anticancéreuses autorisées (AMM ou ATU de cohorte), leurs mécanismes d'actions, le nombre de patients traités en France, leurs développements cliniques, leurs coûts et les enjeux scientifiques, médicaux, organisationnels, sociaux et éthiques associés.
- Certaines immunothérapies spécifiques cherchent elles aussi à s'adapter au statut immunologique de la tumeur. L'innovation porteuse d'espoir en la matière est représentée par les inhibiteurs de checkpoint —actuellement représentés par le pembrolizumab (Keytruda®) et le nivolumab (Opdivo®)—, utilisables en clinique humaine depuis 2015, qui pourraient devenir des traitements de référence dans un grand nombre de cancers.

Du séquençage ciblé au séquençage du génome entier en pratique clinique : vers une médecine génomique dans le cancer

Le séquençage nouvelle génération (NGS) ciblé se déploie sur tout le territoire - Action 6.4

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

Le déploiement du NGS ciblé en 2015 :

Plus de **10 000 patients** ont bénéficié d'un examen de leur tumeur par NGS ciblé

73% des 24 706 personnes ayant bénéficié d'une recherche de mutation de prédisposition à un risque très élevé de cancer ont eu accès à cette nouvelle technologie

Fin 2016, les 25 laboratoires d'oncogénétique ont achevé la transition vers le séquençage nouvelle génération (NGS) et plus de la moitié des 28 plateformes de génétique moléculaire sont maintenant à même de pouvoir identifier les mutations connues par NGS ciblé (Next Generation Sequencing). Toutes ces plateformes devraient achever la transition des examens moléculaires en 2017. Les plateformes ont permis le séquençage des tumeurs de plus de 10 000 patients et le développement de nombreux essais thérapeutiques dont les essais AcSé.

Un des projets pilotes du plan France Médecine Génomique 2025 porte sur deux types de cancers - Action 6.3

Le 22 juin 2016, le plan France Médecine Génomique 2025 a été remis au Premier Ministre par le président de l'Alliance nationale pour les sciences de la vie et de la santé (Aviesan). Ce plan propose d'intégrer les analyses du génome dans la pratique clinique. En adossant et encourageant une activité de recherche et de développement autour de ces analyses du génome entier et des données qui en résultent, le plan vise également le développement d'une filière industrielle de la médecine génomique. Grâce à ce plan, tous les patients atteints de cancer pourront avoir accès, si nécessaire, au séquençage complet de leur tumeur et ainsi à la médecine de précision.

L'un des quatre projets pilotes, visant à lever les verrous technologiques, cliniques et réglementaires rencontrés sur le parcours, est dédié aux cancers. L'Inserm est promoteur de deux essais thérapeutiques concernant les sarcomes (MULTIsarc) et les cancers colorectaux métastasés (acomPLI). Le projet, appelé « MULTIPLI », permettra en particulier de confirmer la faisabilité du séquençage à grande échelle (Exome et RNAseq) dans le cadre d'un essai thérapeutique. Le séquençage sera fait au Centre national de génotypage (CNG) ; deux plateformes INCa en lien avec le CNG et une équipe d'informatique (Institut Bergonié) assureront la préparation et l'envoi des prélèvements, ainsi que l'analyse et le rendu des résultats aux coordonnateurs des protocoles, via une RCPM (réunion de concertation pluridisciplinaire moléculaire) dédiée. Les expertises issues des plateformes de biologie moléculaire et d'oncogénétique de l'INCa et des inter SIRIC abondent le passage du NGS ciblé au séquençage du génome en routine hospitalière dans le domaine du cancer. Le

consortium comprend également l'Institut Bergonié et la Fédération française des cancers digestifs. Cet essai pilote, en lien avec d'autres mesures du plan Médecine Génomique (notamment la collecte des données, et les aspects réglementaires et éthiques) illustre la coopération de l'Institut national du cancer dans les actions cancer coordonnées par Aviesan et notamment son engagement dans le plan France Génomique 2025.

Des efforts de recherche sont menés pour continuer à identifier de nouvelles cibles thérapeutiques et surmonter les résistances

Action 6.6

L'objectif de l'International Cancer Cancer Genome Consortium (ICGC) initié en 2008 est de rassembler des chercheurs du monde entier pour séquencer et analyser de manière approfondie les modifications génomiques, transcriptomiques et épigénomiques dans 50 types ou sous-types de tumeurs différents ayant une importance clinique et sociétale. Ce programme a pour but de mettre les données à la disposition de l'ensemble de la communauté scientifique le plus rapidement possible, avec un minimum de restrictions, afin d'accélérer la recherche sur les causes du cancer et la lutte contre la maladie. La France au travers du Plan cancer coordonne 8 des 85 projets internationaux.

Les 1rs résultats du séquençage du génome entier dans le cancer du sein

Le plus grand nombre d'échantillons de tumeurs du sein entièrement séquencés : 560

Les altérations moléculaires de 95% des cellules tumorales à l'origine du cancer du sein identifiées

5 nouveaux gènes impliqués
dans l'oncogenèse des cancers du sein identifiés ou confirmés

En mai 2016, les premiers résultats du séquençage du génome entier de 560 échantillons de cancer du sein ont été publiés dans le journal « Nature ». Cette étude a été cofinancée et copilotée par l'Institut national du cancer (INCa). Ces résultats permettent d'approfondir les connaissances sur les causes des cancers du sein, dans l'objectif de développer des traitements plus efficaces. Ils ouvrent également des perspectives en matière de nouvelles voies altérées et de nouveaux paramètres thérapeutiques et pronostiques. Ces études valorisent le travail des équipes de recherche cliniques et biologiques dans ce domaine et ont ouvert le pas aux futures études de médecine génomique en France et à l'international (ICGCmed).

Néanmoins, si l'individualisation des traitements sur ces caractéristiques tumorales nouvelles a permis ces 10 dernières années d'augmenter le taux de rémission et de survie de certains patients, elle continue de se heurter au caractère extrêmement complexe de cette maladie et au rôle majeur du microenvironnement, responsables de phénomènes de résistance aux traitements.

L'ITMO cancer d'Aviesan, en collaboration avec l'Institut biologie cellulaire, développement et évolution d'Aviesan (ITMO BCDE) et l'Institut technologies pour la santé d'Aviesan (ITMO TS) a lancé, en 2016, un programme de financement pour soutenir une recherche intégrée dans

Le programme Hétérogénéité tumorale et ecosystème :

73 lettres d'intention soumises

6 projets sélectionnés, 7,6M€

le domaine de l'hétérogénéité fonctionnelle des cellules tumorales dans leur écosystème : le programme Hétérogénéité tumorale et ecosystème (HTE). Ce programme a pour objectif d'atteindre une masse critique, aussi bien en ressources qu'en compétences, susceptible de conduire des projets de recherche interdisciplinaires par coopération d'équipes provenant de domaines différents ; la biologie cellulaire, la génomique et l'(épi)génomique, la mécanobiologie, la physique, la biologie des systèmes, la chimie en constituent des exemples non exhaustifs, dans une vision intégrée utilisant la modélisation mathématique et les méthodes *in silico*. Ce programme s'étend de la recherche fondamentale à la recherche translationnelle (sans inclure néanmoins la recherche clinique). Il demande que les 6 projets de recherche travaillent au sein d'un consortium avec un but commun de partage et d'analyse des données entre les projets dans 3 sous-projets distincts : la communication interne au sein du programme ; l'échange de ressources biologiques, de données et d'algorithmes numériques ; la coordination et la gestion générales du programme.

LES ACTIONS DES AGENCES RÉGIONALES DE SANTÉ

Les ARS ont renforcé l'accès aux tests génétiques (par exemple en Corse) grâce à une information et une formation ciblées et proactives des professionnels de santé dispensée par les plateformes de dépistage. Elles ont contribué aussi à l'accès aux thérapies ciblées par le financement de molécules onéreuses (PACA).

En Occitanie, l'offre en oncogénétique (Réseau GENEPY) fait l'objet d'une communication et une prescription en ligne des tests de génétique moléculaire a été instaurée.

Et également en 2016 (Objectifs 1 à 6)

DÉPISTAGES

- Dématérialisation des mammographies : 2 sites soutenus par leurs ARS ont été sélectionnés en 2015 par appel à projet pour expérimenter la dématérialisation des mammographies. L'appel à candidatures a été relancé en novembre 2016 pour sélectionner d'autres projets. (action 1.6)

SOINS

- Déploiement du dossier communicant de cancérologie (DCC) : en 2015, 77 % des patients atteints de cancer possèdent un DCC, en augmentation de 8 % par rapport à 2014. L'instruction aux ARS SG/DSSIS/INCa/2016/109 du 5 avril 2016 permet d'en enrichir le contenu en intégrant les comptes rendus d'anatomocytopathologie. (action 2.19)
- Labellisation de référentiels et recommandations nationaux de bonne pratique : **la procédure de labellisation a été publiée le 15 décembre 2015 au Journal officiel Santé-Protection sociale-Solidarité. Le premier appel à candidatures, lancé au printemps 2016, a reçu un accueil très favorable, et 10 projets ont été déposés et 7 sont éligibles.** (action 2.7)
- **Imagerie :** afin d'aider les acteurs régionaux à appréhender les besoins en imagerie, des données comparatives de consommation de soins ont été mises à la disposition des ARS. Par ailleurs, afin d'améliorer la pertinence des pratiques, un programme national d'analyse des pratiques en imagerie a été engagé début 2016, avec une 1re phase réalisée de recueil de données. (action 2.5)
- **Radiologie interventionnelle :** des travaux ont été menés par un groupe national piloté par la DGOS pour qualifier les actes CCAM (Classification commune des actes médicaux) concernés et préciser les conditions d'implantation et les conditions techniques de fonctionnement du futur régime d'autorisation de l'activité. En complément, l'INCa, en s'appuyant sur un groupe d'experts, va lister les actes de radiologie interventionnelle en oncologie, identifier les équipes pratiquant ces actes, et proposer, dans le cadre de la gradation des soins, ce qui relève d'un équipement de « centre de proximité » et ce qui relève d'une structure de « recours ». Le principe d'un accord-cadre a été acté avec la Société française de radiologie. (actions 2.8, 3.9)

FORMATION

- **L'organisation du 3e cycle** des études de médecine a été réformée par un décret en novembre 2016 qui modifie le Code de l'éducation. Celui-ci fait évoluer le système de formation des médecins spécialistes qu'il oriente vers l'acquisition progressive des connaissances et compétences professionnelles. À ce titre, trois phases ont été instaurées : une phase socle, une phase d'approfondissement et une phase de mise en situation. Le nouveau Diplôme d'études spécialisées (DES) d'oncologie comportant deux options : oncologie médicale et oncologie radiothérapie et la formation spécialisée transversale (FST) en cancérologie entrera en vigueur à la rentrée 2017. (action 4.4)

INNOVATION

- **Publication des résultats de l'étude BIOMARQUEURS-France dans « The Lancet » :** les résultats de l'étude observationnelle menée par l'IFCT (Intergroupe francophone de cancérologie thoracique) ont fait l'objet d'une publication dans la revue médicale « The Lancet ». Cette étude a démontré l'apport du typage moléculaire pour une prise en charge adaptée des patients, améliorant le taux de réponse aux traitements de première et deuxième lignes et ainsi significativement la survie globale. (action 6.2)
- **Publication des résultats d'une enquête dans 5 régions françaises sur l'accès aux tests moléculaires des mutations des gènes EGFR, RAS et BRAF :** l'INCa et 5 ARS (Aquitaine, Ile-de-France, Languedoc-Roussillon, PACA, Rhône-Alpes) ont publié en janvier 2016 les résultats de la première enquête prospective de terrain sur l'accès aux tests moléculaires et le délai de retour des résultats. Il en ressort que 91 % des patients pour lesquels un test moléculaire est recommandé en ont effectivement bénéficié. Le délai médian de réalisation d'un examen moléculaire constaté était de 18 jours. (action 6.2)
- **Démarrage de 5 essais cliniques de phases précoces, sélectionnés dans le cadre du programme de partenariat public-privé avec des laboratoires pharmaceutiques :** l'objectif de ce programme est de proposer, dans un cadre sécurisé, des molécules innovantes en cours de développement aux Centres labellisés INCa de phase précoce (CLIP). Ces projets de recherche clinique académiques permettent notamment de proposer aux patients des molécules ou des combinaisons de traitement dans des indications ou des pathologies différentes de celles prévues dans les plans de développement des laboratoires pharmaceutiques. Par exemple, a été sélectionné un essai clinique très innovant, promu par le centre Léon Bérard et co-financé par la Fondation ARC pour la recherche sur le cancer, associant des molécules —issues de deux laboratoires différents— n'ayant à ce jour pas d'autorisation de mise sur le marché. (action 5.3)

2. PRÉSERVER LA CONTINUITÉ ET LA QUALITÉ DE VIE

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

Objectif 7 L'accompagnement des patients a été amélioré s'agissant des soins de support et de l'hospitalisation à domicile

La définition d'un panier des soins oncologiques de support (SOS) permettra d'améliorer l'accompagnement des patients

Action 7.6

La DGOS a saisi l'Institut national du cancer (INCa) pour disposer d'une expertise sur le panier de soins permettant d'améliorer la qualité de vie des patients atteints de cancer.

Le rapport d'expertise de l'INCa conduit à montrer que, outre les quatre catégories de soins de support constituant le socle de base (douleur, appui diététique et nutritionnel, psychologique ainsi que social, familial et professionnel), six catégories de soins de support supplémentaires ont démontré leur intérêt : 1) activité physique ; 2) conseils d'hygiène de vie ; 3) soutien psychologique des proches et des aidants ; 4) soutien à la mise en œuvre de la préservation de la fertilité ; 5) prise en charge des troubles de la sexualité ; 6) deux techniques particulières d'analgésie (hypnoanalgésie et analgésie intrathécale).

Ce même rapport met en exergue trois éléments forts dans la détection de besoins et l'orientation des patients vers de soins de support :

- l'évaluation systématique et périodique des besoins des patients tout au long du parcours de la maladie et dans la phase d'après traitements ;
- l'identification d'une organisation permettant une action coordonnée des différents acteurs des SOS ;
- des temps de réunions pluriprofessionnelles pour permettre une meilleure coordination entre les acteurs, particulièrement dans les cas où les patients sont en situation médicale et/ou sociale complexes.

À cet effet, une instruction de la DGOS et de l'INCa sera adressée aux ARS pour déployer le panier de soins de support qui répond à quatre grands objectifs :

- organiser la lisibilité de l'offre, en s'appuyant notamment sur les réseaux régionaux de cancérologie ;
- adapter le maillage territorial dans la logique des territoires de santé ;
- organiser la gradation des soins pour répondre aux situations complexes en soins de support ;
- solliciter et accompagner la montée en charge des acteurs de ville pour une prise en charge plus en proximité du domicile.

Ces évolutions seront conduites par les ARS dans le cadre de l'élaboration des projets régionaux de santé (PRS) à partir d'un diagnostic régional partagé entre les acteurs partenaires et les acteurs.

Un soutien financier de 4 M€ a été alloué aux établissements d'Hospitalisation à domicile (HAD) pour qu'ils puissent délivrer des traitements coûteux hors liste en sus

Action 7.5

La base juridique de la liste en sus vise l'ensemble des établissements sous T2A, sans opérer de distinction entre HAD ou Établissement médecine chirurgie obstétrique (MCO). Les ARS et les professionnels ont fait remonter que certains médicaments ou produits ne figurant pas sur cette liste (des molécules de chimiothérapie *per os* notamment) représenteraient un coût proportionnellement très important pour les établissements d'HAD compte tenu des différences significatives de niveaux de tarification respective entre les établissements d'HAD et les établissements MCO.

Afin d'identifier les molécules potentiellement concernées et de mieux cerner les enjeux financiers, la DGOS a mis en place en 2015 un recueil d'information sur les traitements coûteux hors liste en sus consommés dans les établissements d'HAD. Les premiers résultats ont servi de base à un soutien financier réalisé en 2016, à hauteur de 4 millions d'euros, à destination des établissements d'HAD ayant consommé ces traitements coûteux (hors liste en sus). Par ailleurs, ces éléments ont vocation à alimenter les travaux lancés en 2015 sur un nouveau modèle de financement pour l'HAD afin d'adapter à terme le financement de l'administration de la chimiothérapie en HAD, conformément à la recommandation de la HAS[2].

[2] Recommandation n°2 de la HAS dans son rapport publié en janvier 2015 « Conditions du développement de la chimiothérapie en Hospitalisation à Domicile : analyse économique et organisationnelle ».

Le patient ressource fait l'objet d'une expérimentation

Action 7.15

Le patient dit « ressource » peut avoir deux rôles : témoigner de son vécu devant des professionnels de santé en formation initiale (patient ressource témoin) ou intervenir dans les établissements de soins auprès des personnes malades (patient ressource parcours).

En 2016, l'expérimentation patients ressource a démarré dans trois régions : Grand Est, Pays de la Loire et Provence-Alpes-Côte d'Azur (PACA). Deux formations distinctes ont été mises en place par l'École de formation de la Ligue contre le cancer. Après un entretien avec un psychologue de la Ligue, une cinquantaine de patients ressources « témoin » ont été formés pendant deux jours et une quinzaine de patients ressources « parcours » ont été formés pendant six jours.

En parallèle, plusieurs outils ont été conçus par la Ligue contre le cancer, à savoir une charte d'engagement des bénévoles, des conventions type avec les établissements de soins, les universités et écoles de formation, une plaquette d'information à destination des professionnels de santé et des affiches à destination des patients. Ces outils ont été conçus avec l'appui du comité de pilotage, et mis à disposition des comités départementaux de la Ligue, des établissements de soins et des associations de patients pour accompagner l'expérimentation.

Une méthode d'évaluation des expérimentations a été définie et sera utilisée dans les trois régions.

La présentation de l'expérimentation patient ressource a obtenu le deuxième prix des posters au Congrès des réseaux de cancérologie en 2016.

LES ACTIONS DES AGENCES RÉGIONALES DE SANTÉ

L'éducation thérapeutique des patients (ETP) est particulièrement soutenue par les ARS. À titre d'exemple, en Auvergne-Rhône-Alpes, 22 programmes d'ETP ont été autorisés en cancérologie dont notamment un programme « Mieux vivre sa chimiothérapie orale » ; en PACA, des programmes dédiés aux anticancéreux oraux, chimiothérapies orales, thérapies ciblées ont été lancés.

Les soins de support font l'objet de développement sous différentes formes. En dehors des états des lieux qui sont réalisés pour mieux connaître l'offre, on remarque des efforts particuliers pour promouvoir ces soins : facilitation de l'accès aux soins de support en tenant compte des revenus des patients (PACA) ; création d'un espace dédié et d'une maison des usagers de Corse du sud grâce à l'implication des associations (Corse) ; intégration des soins de support dans des appels à projets dédiés aux soins palliatifs en Pays de la Loire; promotion de formations (Nouvelle-Aquitaine, Auvergne-Rhône-Alpes). Améliorer la coordination est aussi un axe porté par les ARS, par exemple en Bourgogne-Franche-Comté : une coordination onco-sociale (mai 2016) permet l'identification précoce des problématiques sociales, la coordination des soins de support et l'orientation vers un référent social sur lieu de vie.

Afin d'améliorer la mise en œuvre du dispositif d'annonce, l'ARS Pays de la Loire a réalisé des outils pratiques sur l'évaluation des dispositifs d'annonce pour les cancers du sein et ORL. À noter en Occitanie, une formation originale à l'annonce de diagnostics péjoratifs sous forme de cours de théâtre (avec l'école d'art dramatique de Montpellier) proposée aux étudiants de quatrième année de médecine à la faculté de Toulouse.

Objectif 8 Un accent particulier a été mis sur la prévention tertiaire grâce à des outils d'aide à l'arrêt du tabac et un appel à projets

Des outils ont été mis à disposition des professionnels de santé pour les aider à accompagner leurs patients à l'arrêt du tabac

Action 8.4

L'implication des professionnels de santé dans l'accompagnement à l'arrêt du tabac de leurs patients est déterminante, car elle augmente de 80 % les chances d'arrêt.

La systématisation de l'accompagnement à l'arrêt du tabac pour tous les patients fumeurs atteints de cancer est un objectif. À cet effet, l'Institut national du cancer (INCa) a mis à disposition des professionnels de santé en mars 2016, un document d'aide à la pratique. Ce guide donne des clés pour mieux appréhender les bénéfices de l'arrêt du tabac, fait le point sur les idées fausses et précise les modalités d'intervention.

L'arrêt du tabac des patients :

Situation actuelle :

- 22% des patients atteints d'un cancer fument au moment du diagnostic

Bénéfices de l'arrêt :

- Un meilleur pronostic
- Risque de second cancer diminué
- Moins de toxicités et risques périopératoires liés aux traitements

Sensibilisation renforcée :

- 4 500 médecins spécialisés en oncologie ont reçu un dépliant de sensibilisation et une brochure pour les patients

À l'automne 2016, l'opération « Moi(s) sans tabac » a été engagée par Santé publique France. L'INCa a diffusé un dépliant de sensibilisation pour les professionnels de santé spécialisés en cancérologie et une brochure destinée à l'information des patients. Ces documents ont été adressés personnellement à 4 500 médecins ayant une spécialité en oncologie et relayés par les fédérations hospitalières. Étant donné le rôle essentiel des médecins traitants dans l'accompagnement au sevrage tabagique de leurs patients, une fiche pratique spécifique pour les médecins généralistes est également disponible.

Le soutien à la recherche sur la prévention tertiaire en cancérologie a été accru

Action 8.7

Après le colloque scientifique international dédié à la prévention tertiaire (cf. Paragraphe « Et également en 2016 : Objectifs 7 à 9 »), la Fondation ARC pour la recherche sur le cancer, l'Institut national du cancer et l'Institut de recherche en santé publique (IReSP) ont lancé un appel à projets qui a pour objectif de soutenir des recherches innovantes portant sur la prévention des facteurs de risques comportementaux (tabac, alcool, sédentarité, surpoids) chez les patients atteints de cancer afin de générer de nouvelles connaissances concernant ces facteurs de risques (prévalence, déterminants,

effets sur la santé des patients, etc.) et/ou de mettre en œuvre des interventions permettant de réduire l'exposition à ces facteurs.

Dix-sept projets ont été déposés et 5 projets ont été retenus pour un montant total de 2,15 M€.

LES ACTIONS DES AGENCES RÉGIONALES DE SANTÉ

La préservation de la fertilité apparaît comme une priorité pour les ARS: mise en place d'une plateforme d'appels unique en PACA pour faciliter les démarche des professionnels avec le Centre d'étude et de conservation des œufs et du sperme humains (CECOS), formations dédiées pour les professionnels et formation de référents (Corse) en lien avec la plateforme commune à la région PACA, élaboration de recommandations de bonnes pratiques (Hauts-de-France), mise en place d'une e-RCP infertilité déployée au niveau national (PACA Normandie).

Objectif 9 L'élargissement de l'accès au crédit et la réforme des services de santé au travail pour le maintien en emploi visent à diminuer l'impact du cancer sur la vie personnelle et professionnelle

L'accès à l'assurance et au crédit dans des conditions normales a été élargi

Action 9.13

Afin de faciliter l'accès à l'assurance et au crédit des personnes ayant été atteintes d'un cancer, le dispositif du « droit à l'oubli » mis en place par la loi de modernisation de notre système de santé et la Convention AERAS (s'assurer et emprunter avec un risque aggravé de santé) permet de ne pas déclarer un cancer survenu antérieurement à la demande d'emprunt, sous certaines conditions. Ainsi, les personnes ayant souffert d'un cancer n'ont plus à le déclarer 10 ans après la fin du protocole thérapeutique et ce délai est ramené à 5 ans pour les personnes ayant été atteintes d'un cancer diagnostiqué avant l'âge de 18 ans.

Une grille de référence permet pour certaines pathologies cancéreuses que :

- ces délais de non-déclaration sont réduits ;
- l'antécédent de santé soit déclaré, mais que l'emprunteur bénéficie d'une assurance aux conditions standards dans des délais définis par cette grille.

La grille de référence a vocation à être complétée en fonction des avancées thérapeutiques et des données de la science disponibles. La première grille de référence mise en ligne sur le site internet AERAS le 4 février 2016 liste déjà six pathologies dont cinq cancéreuses (certains cancers du testicule, de la thyroïde, du sein, de mélanomes de la peau, et de l'utérus) qui voient le délai d'accès à un tarif normal réduit parfois à un an après la fin du protocole thérapeutique. Une nouvelle grille de référence sera publiée dans le courant du premier trimestre 2017.

Pour faire connaître ces nouvelles avancées aux publics concernés et permettre à chacun de faire valoir ses droits, un document d'information sur le dispositif du « droit à l'oubli » sera remis par les organismes assureurs à tous les candidats à l'assurance emprunteur.

La loi réforme les services de santé au travail au service du maintien en emploi

Actions 9.4, 9.5, 9.6 et 12.4

On estime aujourd'hui que 95 % des déclarations d'inaptitude se soldent par un licenciement, et environ 65 000 travailleurs par an sont inscrits à Pôle emploi à la suite d'un licenciement pour inaptitude. C'est pourquoi, le troisième Plan santé au travail (PST 3) réaffirme l'importance de lutter contre la désinsertion professionnelle.

La loi du 8 août 2016 relative au travail, à la modernisation du dialogue social et à la sécurisation des parcours professionnels conforte l'action du médecin du travail et du service de santé au travail en faveur du maintien en emploi des salariés.

En premier lieu, les prérogatives du médecin du travail sont clarifiées et confortées. Le médecin est désormais libéré de la vérification systématique de l'aptitude à l'embauche, pour se concentrer sur les mesures d'aménagement, d'adaptation ou de transformation du poste de travail pour contribuer au maintien en emploi.

La loi indique par ailleurs que l'inaptitude ne doit être prononcée qu'en dernier ressort, lorsque toutes les options de maintien dans l'emploi ont été envisagées et ont échoué.

Elle renforce enfin le dialogue qui doit s'engager, à cet égard, dans le cadre d'une relation de confiance entre le médecin du travail et le salarié ce qui est une condition de réussite de ses préconisations en faveur du maintien en emploi.

Enfin, la loi met en place la possibilité pour le salarié, dès qu'il anticipe un risque d'inaptitude, de solliciter une visite médicale dans l'objectif d'engager une démarche de maintien en emploi, démarche dont l'efficacité est souvent proportionnelle à son caractère précoce.

Ces dispositions complètent celles adoptées dans le cadre de la loi relative au dialogue social et à l'emploi du 17 août 2015, qui prévoient que le médecin du travail peut proposer à l'employeur l'appui de l'équipe pluridisciplinaire du service de santé au travail, ou celui d'un organisme compétent en matière de maintien en emploi. Il s'agit bien de repréciser la place importante du médecin du travail et du service de santé au travail dans le réseau d'acteurs intervenants en la matière, pour en faire le pivot de sa mobilisation.

Les restes à charge sont objectivés par l'Assurance maladie, pour le régime général, le CISS et l'IRDES

Action 9.12

La CNAMTS a publié une étude sur les restes à charge des personnes en affection longue durée (ALD) pour tumeurs malignes afin d'objectiver les restes à charge, après intervention de la couverture de base, en lien avec le cancer et ainsi de lutter contre les inégalités devant la maladie.

L'étude avait pour objet d'évaluer les restes à charge (tickets modérateurs, forfaits journaliers, participations forfaitaires, dépassements d'honoraires) après l'intervention de l'Assurance maladie obligatoire.

Des études de l'Observatoire citoyen des restes à charge en santé (Collectif sur la santé CISS, 60 millions de consommateurs et Santéclair) et de l'Institut de recherche et documentation en économie de la santé (IRDES) font également état d'inégalités en matière de restes à charge. Même si ces études constituent une première étape dans leur objectivation, elles nécessitent d'être complétées par des données sur le remboursement par les mutuelles et les assurances complémentaires tenant compte des prestations couvertes par les contrats, afin de chiffrer les restes à charge réels pour les patients atteints des cancers.

Un reste à charge important les 2 premières années :

1565€ en moyenne la première année d'un cancer sur 17 617€ de dépenses

931€ en moyenne la deuxième année sur 15 226€ de dépenses

Qui se stabilise ensuite à un niveau élevé comparé aux assurés sans ALD

Et également en 2016 (Objectifs 7 à 9)

- **Fertilité :** une enquête réalisée auprès des ARS, sous le pilotage de l'Agence de biomédecine sur l'organisation de la préservation de la fertilité montre que l'offre de soins est jugée satisfaisante dans 60 % des régions, avec cependant une absence d'offre formalisée dans trois régions en 2015. L'évaluation des besoins et l'importance d'une intervention pluridisciplinaire sont également soulignées ainsi que le développement d'une information auprès des patients et des professionnels de santé. (action 8.1)
- **Observatoire sociétal :** le rapport de l'Observatoire sociétal des Cancers 2015 sur « Les aidants, les combattants silencieux du cancer », publié en juin 2016, contribue à une meilleure connaissance des besoins des aidants familiaux par une enquête spécifique sur le vécu de 5 000 d'entre eux. (action 9.17)
- **Prévention tertiaire :** la Fondation ARC pour la recherche sur le cancer, l'Institut national du cancer et l'IReSP ont organisé en mars 2016 un colloque scientifique international intitulé « La prévention tertiaire en cancérologie : Quels enjeux pour la santé des patients ? Quels défis à relever ? ». Ce colloque a permis de travailler avec des chercheurs, des professionnels de santé et des associations de patients pour faire le point sur les connaissances et les enjeux de recherche sur la prévention des cancers pour les 3 millions de Français ayant ou ayant déjà eu un cancer. (action 8.7)

3. INVESTIR DANS LA PRÉVENTION ET LA RECHERCHE

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

Objectif 10 La situation française restant très mauvaise, le PNRT permet de renforcer les efforts engagés pour réduire la consommation de tabac

Le Programme national de réduction du tabagisme 2014-2019 (PNRT), lancé par la ministre en charge de la santé affiche des objectifs clairs et chiffrés pour répondre aux enjeux en termes de santé publique et à la situation particulièrement mauvaise de la France :

Le tabac tue 73 000 personnes
dont 44 000 décès attribuables au cancer

- diminuer de 10 % le nombre de fumeurs quotidiens d'ici 2019 ;
- passer en dessous de 20 % de fumeurs quotidiens d'ici 2024 ; permettre aux enfants nés en 2014, qui auront 18 ans en 2032, d'être la première génération d'adultes « sans tabac ».

Le paquet neutre est une mesure phare pour protéger les jeunes et éviter l'entrée dans le tabac

L'évolution du packaging des cigarettes et du tabac à rouler —paquet neutre et avertissements de plus grande taille— vise à dénormaliser les produits du tabac, notamment auprès des plus jeunes. Son efficacité et son efficience ont été démontrées par de nombreuses études et en particulier celles menées par les Australiens depuis sa mise en place en décembre 2012.

Le baromètre cancer 2015, publié en 2016 (INCa/Sp France), nous alerte :

Le tabagisme concerne 34% de la population française contre 13% en Australie, 15% aux États-Unis et 19% en Grande-Bretagne

28% des jeunes de 15 à 24 ans consomment quotidiennement du tabac en France

En France, depuis le 20 mai 2016, les industriels sont dans l'obligation de produire des paquets neutres de cigarettes et de tabac à rouler. Au premier janvier 2017, après une période de transition, les buralistes seront dans l'obligation de ne vendre que des paquets neutres. Ce changement est associé à celui de la mise en place d'avertissements graphiques à la taille élargie puisqu'ils passent de 35 % à 65 % des recto et verso des paquets.

14 textes d'application de la loi pour éviter l'entrée dans le tabac dont :

Les unités de conditionnements, emballages des cigarettes et du tabac à rouler neutres et uniformisés

Interdiction de publicité sur les lieux de vente

Interdiction de vente de tabac avec des arômes caractérisants autres que ceux du tabac

Obligation d'exiger la preuve de la majorité du client

Interdiction de fumer dans une voiture en présence d'un mineur

Afin de contribuer à une meilleure compréhension de l'évolution des attitudes et des conduites liées au tabagisme, notamment dans le cadre de l'introduction des paquets de tabac neutres, l'Institut national du cancer (INCa) a mobilisé une équipe Inserm pour réaliser une étude quantitative (DePICT) sur un échantillon de 4 000 adultes et 2 000 jeunes (12-17 ans), visant à évaluer l'évolution des attitudes et conduites liées au tabagisme dans le cadre de l'introduction des paquets neutres. Ce travail a démarré à l'été 2016, les résultats sont attendus pour le printemps 2018.

En France, s'est déroulé le premier défi collectif de grande ampleur de santé publique avec la mobilisation de la société civile contre le tabagisme avec « Moi(s) sans tabac »

L'opération Moi(s) sans tabac, conçue pour inciter les fumeurs à arrêter de fumer au cours du mois de novembre, a été un franc succès

180 000 inscrits à l'opération Moi(S) sans tabac

La première action « Moi(s) sans tabac » s'est déroulée en novembre 2016. Il s'agit d'une mobilisation collective proposant à tous les fumeurs d'arrêter de fumer. En effet, les chances d'arrêter de fumer définitivement sont multipliées par cinq à la suite d'un arrêt d'un mois. Chaque participant a pu s'inscrire sur Tabac Info Service, sur une application mobile de e-coaching et bénéficier de kits gratuits d'aide à l'arrêt.

Cette opération a permis une mobilisation large de la société civile et des acteurs locaux avec une adhésion forte des professionnels de santé, alliant une gouvernance nationale à une gouvernance régionale.

Cette action a vocation à se dérouler tous les ans.

Le triplement du forfait des traitements de substitution nicotinique pour tous les assurés et l'extension de leur prescription à de nouveaux professionnels de santé facilite l'accès à l'accompagnement vers l'arrêt du tabac

Le forfait de prise en charge des traitements de substitution nicotinique par l'Assurance maladie, initialement limité à 50 euros par an et par bénéficiaire, a été renforcé à 150 euros par an pour les jeunes de 20 à 25 ans en septembre 2014, puis aux personnes en ALD 30 pour tumeurs malignes, ainsi qu'aux jeunes de 25 à 30 ans et aux bénéficiaires de la CMUc en juillet 2015. Depuis le 1er novembre 2016, premier jour du Moi(s) sans tabac, ce triplement a été étendu à l'ensemble de la population.

Le droit de prescription des traitements de substitution nicotinique, initialement réservé aux médecins et sages-femmes a été étendu par la loi de modernisation de notre système de santé à de nouvelles catégories de professionnels de santé : médecins du travail, masseurs-kinésithérapeutes, chirurgiens-dentistes, infirmiers. Les sages-femmes peuvent aussi les prescrire à l'entourage de la femme enceinte ou accouchée. Cette extension permet de développer l'accès des patients à des professionnels en mesure de les accompagner vers le sevrage.

Un fonds a été créé pour financer des mesures de lutte contre le tabagisme

Un fonds de lutte contre le tabac a été annoncé par la ministre des Affaires sociales et de la Santé en mai 2016. Ce fonds créé au 1er janvier 2017 sera hébergé à la CNAMTS et abondé par une dotation du Fonds national de prévention, d'éducation et d'information sanitaires (FNPEIS) et par une taxe sur la distribution des produits du tabac prévue par l'article 28 de la loi n° 2016-1827 du 23 décembre 2016 de financement de la sécurité sociale pour 2017.

Il permettra le financement d'actions locales, nationales et internationales dans l'ensemble des domaines de la politique de la lutte contre le tabac, conformément aux engagements de la France dans le cadre de la convention-cadre de l'Organisation mondiale de la santé pour la lutte anti-tabac.

L'effort de recherche a été accru de plus de 3 M€ dans le cadre du programme intégré et pluridisciplinaire PRIORITE Tabac

Ce programme de recherche et d'interventions pour réduire le tabagisme et infléchir la prévalence des cancers liés au tabac, coordonné par l'Institut national du cancer (INCa) est partenarial et multidisciplinaire. Il a pour objectif de développer et mettre en place une stratégie intégrée pour soutenir la recherche et les actions concernant le tabagisme et les cancers liés au tabac ; ceci pour permettre aux décideurs, aux professionnels de santé ainsi qu'aux acteurs de prévention d'accélérer la mise en pratique des résultats de cette recherche dans l'élaboration de stratégies de lutte plus efficaces.

Les 7 projets sélectionnés, financés par l'INCa, la Fondation ARC pour la recherche sur le cancer et la Ligue contre le cancer, portent sur le dépistage et l'accompagnement vers le sevrage, la prédiction du risque du cancer du poumon, la vulnérabilité à la dépendance, la cigarette électronique (2 projets) et le sevrage tabagique des patients traités pour un carcinome épidermoïde des voies aérodigestives.

Un nouvel appel à projets « Priorité tabac » a été lancé en 2016. Les résultats du comité de sélection des projets sont attendus pour février 2017.

LES ACTIONS DES AGENCES RÉGIONALES DE SANTÉ

La mobilisation des ARS et de leurs partenaires régionaux a été très importante dans le cadre de la première opération « Moi(s) sans tabac ». Afin de déployer une gouvernance régionale du programme national de réduction du tabagisme, les ARS ont développé un programme régional de réduction du tabagisme décrivant les actions de lutte contre le tabac jusqu'à la fin de 2019 et qui a vocation à s'inscrire dans le futur programme régional de santé. Par ailleurs, l'exploitation des données du Baromètre santé 2014 a permis d'établir des données de prévalence régionale du tabagisme indispensables aux acteurs régionaux pour planifier leurs actions de prévention. En 2014, les prévalences régionales du tabagisme quotidien se situaient entre 23,6 % et 31,3 % en France métropolitaine, et à un niveau inférieur à la moyenne nationale dans les DOM. Chaque ARS pourra planifier ces actions en fonction des priorités locales et des axes du PNRT.

Objectif 11 Le parcours éducatif de santé, une campagne de communication sur les 40 % des cancers évitables et la promotion de la recherche interventionnelle donnent à chacun les moyens de réduire son risque de cancer

Un parcours éducatif de santé est mis en œuvre pour les élèves de la maternelle au lycée depuis la rentrée 2016

Action 11.11

Une circulaire est parue en janvier 2016 qui crée un parcours éducatif de santé (PES) pour les élèves de la maternelle au lycée, en associant l'ensemble de la communauté éducative et ses partenaires. Le PES est une politique éducative mise en œuvre depuis la rentrée de septembre 2016, selon trois axes :

- l'éducation à la santé qui, s'appuyant sur le socle commun de connaissances, de compétences et de culture, et les enseignements disciplinaires et interdisciplinaires, vise l'acquisition par chaque élève d'acquérir des compétences psychosociales susceptibles d'éclairer ses choix en matière de santé ;
- la prévention, sur plusieurs thématiques de santé prioritaires ayant des dimensions éducatives et sociales ;
- la protection de la santé qui intègre des démarches visant à offrir aux élèves l'environnement le plus favorable à leur bien-être.

L'accompagnement de la mise en place du PES par la Direction générale de l'enseignement scolaire (DGESCO) a inclus un séminaire destiné aux personnels d'encadrement académique, un guide d'accompagnement, ainsi que des formations en ligne sur la plateforme M@gistère du site Eduscol.

Aux niveaux de l'établissement, du département et de l'académie, ou en inter degrés pour assurer la liaison entre l'école et le collège, les comités d'éducation à la santé et à la citoyenneté (CESC) ont pour objectif de concevoir et mettre en œuvre des projets de promotion de la santé qui peuvent s'intégrer dans le PES.

La communication a été renforcée sur la prévention primaire prioritaire, 40 % des cancers étant évitables

Action 11.12

Donner à chacun les moyens de réduire son risque de cancer est un des objectifs majeurs de l'Institut national du cancer. Pour ce faire, l'INCa et le ministère des Affaires sociales et de la Santé ont lancé en septembre 2016 une campagne de communication pour faire connaître le chiffre de 40 % de cancers évitables et annonçant une sélection de quatre conseils : « ne pas fumer, éviter l'alcool, bouger plus, manger mieux ». La campagne a été diffusée en presse quotidienne nationale et régionale, ainsi que sur le web et les réseaux sociaux pour valoriser les conseils experts proposés par l'INCa sur son site e-cancer.fr.

40% des cancers sont évitables :
140 000 sur les 355 000 diagnostiqués chaque année

Plus de **30 millions de personnes**
ont été exposées à la campagne d'information

130 articles repris dans la presse écrite

Des consultations massives sur le site **e cancer.fr**

Une chaire dédiée à la recherche en prévention des cancers a été créée et un colloque international organisé pour soutenir le développement de la recherche interventionnelle

Action 11.14

Le développement de la recherche interventionnelle est un enjeu important, mentionné par la Stratégie nationale de santé et par la Stratégie nationale de recherche, et identifié comme priorité dans la programmation de la recherche en santé.

Une chaire dédiée à la recherche en prévention dans le domaine des cancers a été créée par l'Institut national du cancer (INCa), en partenariat avec l'IReSP et l'École des hautes études en santé publique (EHESP). Cette chaire doit permettre un renforcement des interactions entre recherche, décision et pratique, mais elle doit également développer un programme d'enseignement à destination des étudiants, des professionnels, des acteurs de terrain et des décideurs. Au terme d'un appel à candidatures, Linda Cambon, ancienne directrice de santé publique de l'ARS de Picardie, chargée de cours et chercheuse associée à l'Université de Lorraine (Nancy), a été désignée comme titulaire de cette chaire.

Par ailleurs, un colloque scientifique international sur la recherche interventionnelle a été organisé en novembre 2016 à Paris par l'INCa, l'Agence nationale de recherche sur le sida et les hépatites (ANRS), l'IReSP et Aviesan. Priorité depuis plusieurs années pour l'INCa, ce colloque de haut niveau visait à faire connaître et faire développer cette discipline, particulièrement importante dans le champ des sciences humaines et sociales en ce qu'elle permet de trouver les meilleures solutions aux problèmes soulevés par la recherche traditionnelle. Ce colloque a permis également de valoriser les résultats de la recherche interventionnelle française.

LES ACTIONS DES AGENCES RÉGIONALES DE SANTÉ

Les ARS ont massivement relayé les campagnes de prévention (Moi(s) sans Tabac) en continuant par ailleurs à réduire les inégalités dues à l'éloignement ou du fait de la situation des personnes. La Normandie a mis en place un parcours de santé des élèves dans le cadre du renouvellement du partenariat entre l'ARS et le Rectorat (actions nutrition, activité physique et prévention des addictions) et a utilisé les contrats locaux de santé afin d'y intégrer des projets concernant la pratique de l'activité physique.

Dans le domaine de la prévention de l'obésité en direction des enfants, Auvergne-Rhône-Alpes a lancé un appel à projets régional pour la prévention du surpoids et de l'obésité chez l'enfant de 0 à 6 ans, ainsi qu'un projet de plateforme sport-santé-bien-être visant à faciliter la pratique sportive, en particulier pour les publics malades chroniques.

Les ARS ont poursuivi leur action pour lutter contre l'alcoolisme, en réorganisant les CSAPA (Centre de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie) pour mieux couvrir l'offre de consultations en sevrage en Corse ou en Bretagne.

La formation des professionnels de santé a été aussi soutenue par exemple en Nouvelle-Aquitaine qui a promu une formation des professionnels de premier recours au repérage précoce pour lutter contre la consommation d'alcool excessive. Le partenariat avec des associations d'anciens patients a permis aussi de relayer des messages de prévention auprès de populations spécifiques comme en Océan indien. Par ailleurs, l'engagement en faveur de la vaccination anti-HPV a été renforcé en Guyane et Normandie.

Enfin, des actions en faveur de la prévention des risques liés à l'environnement ont été menées en Bretagne et en Normandie laquelle a mis en place une information renforcée sur les pics de pollution, une action de sensibilisation des femmes enceintes et des professionnels de santé aux risques d'exposition aux cancérogènes et une formation aux risques solaires des professionnels de l'animation.

Objectif 12 La recherche, la surveillance et la gestion des cancers liés au travail ou à l'environnement ont fait l'objet de travaux pour prévenir et détecter des cancers

La multi-exposition des salariés à des agents cancérogènes est assez fréquente en France, surtout chez les hommes, dans certains secteurs professionnels qui pourraient bénéficier d'une prévention accrue. En milieu de travail, les expositions multiples à des agents cancérogènes peuvent favoriser la survenue de cancers, mais peu de données sont disponibles au niveau national pour décrire ce phénomène. Accroître la recherche dans ce domaine et améliorer la surveillance des personnes exposées, comme le suivi de l'exposition de la population générale aux cancérogènes, sont des objectifs du Plan.

L'effort de recherche est poursuivi pour mieux connaître les liens entre les expositions aux agents cancérogènes et la survenue d'un cancer

Actions 12.1, 12.2, 12.4, 12.5

Deux travaux de 2016 sont particulièrement importants pour la recherche sur les cancers liés au travail et à l'environnement.

Les multi-expositions des travailleurs font l'objet d'un suivi pour faciliter la prévention

Santé publique France a réalisé une exploitation des données de l'enquête Sumer 2009-2010 sur l'exposition des salariés en France (échantillon de 48 000 salariés), afin de fournir une évaluation quantitative à l'échelle nationale de la multi-exposition professionnelle à des cancérogènes, chimiques ou non, et d'identifier des groupes de salariés à risque à des fins de prévention. La production d'indicateurs de fréquence d'exposition des salariés à des cancérogènes s'est basée sur une sélection de 24 agents chimiques les plus courants, des rayonnements ionisants et du travail de nuit chez les femmes.[3]

12% des salariés exposés à au moins un agent cancérogène :
2 millions d'hommes
600 000 femmes

757 000 salariés présentent au moins une double exposition

Parmi les 12 % des salariés exposés à au moins un agent cancérogène, on retrouve des emplois très spécifiques, avec surtout des hommes ouvriers du bâtiment et des travaux publics, de la maintenance, du travail des métaux, des transports et de la réparation automobile, mais aussi des femmes des professions de santé (infirmières et sages-femmes), des coiffeuses, esthéticiennes et du personnel des industries de process.

Huit projets de recherche sur les cancers liés aux expositions environnementales en population générale sont soutenus, dont un sur les perturbateurs endocriniens

Depuis 2012, l'ITMO Cancer d'Aviesan lance un appel à projets dédié afin de renforcer le soutien à la recherche dans le domaine des facteurs de risques environnementaux dans le cadre du Plan cancer. En 2016, 8 projets ont été sélectionnés pour un montant total de 3,74 M€. Les principales thématiques étudiées portent sur les effets des perturbateurs endocriniens ou encore l'adaptation de la peau aux rayons UV et l'exposition à la pollution atmosphérique.

Par ailleurs, 7 projets ont été sélectionnés grâce à l'appel à projets PNREST de l'Agence nationale de sécurité sanitaire de l'alimentation, de l'environnement et du travail (Anses) pour soutenir la recherche sur le cancer et l'exposition environnementale. Six seront soutenus par l'ITMO cancer d'Aviesan à hauteur de 1,02 M€ et 1 par le ministère en charge du travail (0,2 M€). Ces projets pluridisciplinaires associent des travaux en sciences sociales, épidémiologie, biologie moléculaire et diverses autres méthodes expérimentales

[3] Fréry N, Moisan F, Schwaab Y, Garnier R., « Multi-expositions professionnelles à des agents cancérogènes chez les salariés en 2010 ». Saint-Maurice : Santé publique France ; 2016. 16 p. Disponible à partir de l'URL : http://www.santepubliquefrance.fr

pour étudier les risques professionnels et l'exposition à différents composés (hydrocarbures aromatiques polycycliques [HAP], métaux), afin d'identifier des biomarqueurs qui permettront d'améliorer le dépistage précoce et d'établir de nouvelles stratégies de prévention, ou encore de mettre au point de nouvelles méthodes d'évaluation comportementales.

Une publication issue d'un projet du PNREST 2013, sur le thème du potentiel cancérogène des HAA (substances formées dans la viande grillée) a été mise à l'honneur dans le numéro de décembre de la revue « Environmental and Molecular Mutagenesis ».

La surveillance et la gestion de situations d'exposition professionnelles aux agents cancérogènes ont été améliorées

Deux arrêtés ont paru sur l'évaluation de l'exposition des travailleurs aux rayonnements optiques artificiels - Action 12.1

Les sources artificielles de rayonnement optique artificiel (ROA) sont très nombreuses et se présentent sous des formes diverses dans notre environnement quotidien et sur les lieux de travail : sources d'éclairage, utilisation des propriétés du rayonnement ultraviolet dans l'industrie et dans le domaine médical. Or ces rayonnements optiques sont susceptibles d'affecter la peau et les yeux.

Le ministère chargé du travail a publié le 1er mars 2016, deux arrêtés qui complètent la règlementation relative à la prévention des risques professionnels dus aux rayonnements optiques artificiels (ROA), mise en place par un décret du 2 juillet 2010.[4]

Le premier arrêté, entré en vigueur le 1er avril 2016, définit une méthode d'évaluation des risques graduée et proportionnée aux enjeux, de l'évaluation simplifiée réalisée sur la base d'une documentation technique jusqu'à la réalisation de mesurages de l'exposition des travailleurs. La quantification de l'exposition aux ROA est ainsi réalisée par l'employeur lorsque l'ampleur du risque le justifie, notamment pour apprécier un éventuel dépassement des valeurs limites d'expositions professionnelles.

Le second arrêté, qui entrera en vigueur le 1er janvier 2018, détermine les conditions d'accréditation des organismes pouvant procéder au mesurage de l'exposition aux ROA en milieu de travail. Les agents de l'inspection du travail ont la possibilité de demander à l'employeur de faire procéder à un contrôle technique de ces valeurs limites d'exposition par l'un de ces organismes.

Une recommandation de bonne pratique a été publiée sur la surveillance de travailleurs exposés ou ayant été exposés à des cancérogènes pulmonaires - Action 12.2

Cette recommandation a été élaborée par la Société française de médecine du travail, en association avec la Société de pneumologie de langue française et la Société française de radiologie, et labellisée par l'Institut national du cancer et la Haute Autorité de santé.

S'agissant des personnes en activité, elle propose qu'une évaluation des expositions professionnelles présentes et passées soit réalisée, notamment en s'appuyant sur les

[4] Articles R. 4452-1 à R. 4452-31 du Code du travail.

documents réglementaires et les réponses des travailleurs à des questionnaires. S'agissant des retraités ou des personnes ayant eu une activité indépendante, il est recommandé que ce soit le médecin traitant qui identifie au mieux les principales situations d'exposition professionnelle aux cancérogènes et fasse appel aux consultations de pathologie professionnelle pour faciliter la mise en œuvre de la surveillance post-professionnelle. Au regard de l'exigence de traçabilité, l'employeur est invité à fournir au médecin du travail toute information permettant d'informer les travailleurs partant en retraite sur leurs conditions d'exposition et, le cas échéant, leur délivrer l'attestation d'exposition.

Ainsi la prévention primaire et notamment l'exigence de suppression ou, à défaut, de substitution de tout risque d'exposition des travailleurs aux nuisances cancérogènes, est présentée comme l'objectif prioritaire. L'accent est mis sur la nécessité d'éviter, pour les travailleurs exposés, l'emploi de procédés médicaux susceptibles d'accroître l'exposition (ex : radiographie thoracique). Enfin, il est préconisé de mobiliser, au profit des travailleurs porteurs d'un cancer bronchopulmonaire, tous les leviers facilitant leur maintien dans l'emploi, et notamment la sollicitation d'une visite de préreprise aussi précocément que possible, en veillant à ce que les conditions de reprise soient compatibles avec leur état de santé.

Un référentiel d'aide à la gestion de situations d'exposition au radon a été publié par l'INCa - Action 12.5

Le radon est un gaz radioactif naturel présent dans les régions granitiques et volcaniques. Il s'agit du second facteur de risque de cancer du poumon (entre 2,2 % et 12,4 % des cancers du poumon lui seraient attribuables).

Un référentiel d'aide à la gestion de situations d'exposition au radon a été publié par l'Institut national du cancer (INCa) et l'Institut de radioprotection et de sûreté nucléaire (IRSN), en réponse à une saisine de la DGS. Sont formulées des préconisations sur les modalités de détection d'un cancer pulmonaire devant être mises en œuvre chez les personnes exposées.

L'INCa a fait une analyse exhaustive de la littérature sur le risque de cancer associé à une exposition au radon (le cancer du poumon est le seul risque avéré de l'exposition au radon), ainsi que de l'avis paru en mai 2016 de la HAS montrant que les conditions nécessaires à la bonne réalisation du dépistage du cancer bronchopulmonaire par scanner thoracique faible dose ne sont pas réunies en France en 2016.

L'INCa ne recommande pas de proposer un suivi par imagerie (y compris un scanner thoracique à faible dose) aux personnes exposées au radon, quels que soient leur statut tabagique, leur âge et leur durée d'exposition. En revanche, l'installation de mesures de prévention dans les lieux de vie ou de travail est la façon la plus efficiente pour réduire les niveaux de concentration en radon et par suite l'exposition des personnes.

Objectif 13 La France poursuit son effort de recherche, notamment fondamentale, en France et à l'international

La France continue à produire un effort considérable dans tous les domaines de la recherche – fondamentale, translationnelle et clinique - que ce soit à travers des appels à projets, la coordination de programmes de recherche ou le soutien d'infrastructures et de réseaux. Elle est en termes de publications scientifiques au 7e rang mondial en nombre de publications. Elle se place en 4e position dans le corpus des publications les plus citées (après les États-Unis, l'Allemagne et le Royaume-Uni).

Deux nouveaux programmes d'actions intégrées de recherche ont été lancés pour renforcer la recherche en cancérologie pédiatrique et sur les cancers du pancréas

Le PAIR Pédiatrie et le PAIR Pancréas sont les 9e et 10e programmes d'actions intégrées de recherche lancés par l'Institut national du cancer (INCa), la Fondation ARC pour la recherche sur le cancer et la Ligue contre le cancer depuis 2007. Ces PAIR marquent la volonté de soutenir des recherches transversales et intégratives alliant toutes les disciplines.

Le cancer, première cause de décès
par maladie chez les enfants et adolescents en France :

2 500 nouveaux cas de cancers par an, dont :
1700 chez les enfants de moins de 15 ans
800 chez les adolescents

Soutenir la recherche sur les cancers des enfants reste un enjeu important car, malgré une survie globale de 80 % à 5 ans, 20 % des cancers restent difficiles à traiter et la survie prolongée s'associe malheureusement à de nombreuses séquelles et effets indésirables. Aussi, il est indispensable d'identifier de nouvelles approches diagnostiques et thérapeutiques tout en améliorant les approches actuelles, le suivi et le soutien à long terme.

Avec une survie à 5 ans estimée à 5 %, le pronostic du cancer du pancréas demeure sombre ; malgré des progrès dans la compréhension de la biologie et l'histoire naturelle de ce cancer pendant la dernière décennie, aucune avancée clinique majeure n'a apporté d'amélioration de la survie des patients.

Le cancer du pancréas :
une survie à 5 ans estimée à 5% :
11 662 nouveaux cas en 2012
6e cancer en termes d'incidence

Une augmentation de l'incidence de
+248% entre 1980 et 2012

Pour préparer ces deux PAIR, l'INCa a mis en place deux groupes multidisciplinaires d'experts, de professionnels de la recherche et d'associations de patients. Deux séminaires respectifs ont permis en 2016 de définir les besoins et enjeux.

L'appel à projets du PAIR Pédiatrie a été publié en octobre 2016 pour une sélection et un financement des projets en 2017. Les projets pourront porter sur l'ensemble des tumeurs pédiatriques. Les questions abordées se déclinent selon trois axes : prédisposition et susceptibilité aux cancers chez l'enfant, de la biologie des cancers aux innovations thérapeutiques et l'après-cancer.

S'agissant du PAIR Pancréas, un séminaire de lancement a eu lieu le 23 novembre 2016, et l'appel à projets sera publié en janvier 2017 pour une sélection et un financement des projets prévu en janvier 2018. Quatre axes de recherche ont été identifiés par le groupe d'experts : épidémiologie, biologie du cancer du pancréas, diagnostic et suivi et accès au diagnostic et aux soins.

Un programme international, alliant six pays d'Afrique de l'Ouest, deux pays d'Asie du Sud-est et quatre pays du pourtour méditerranéen, favorise la recherche sur le cancer de l'utérus

Actions 16.9 et 16.10

Le cancer du col de l'utérus demeure une cause de mortalité évitable et figure parmi les priorités du Plan d'action mondial 2013-2020, piloté par l'OMS dans le cadre de la lutte contre les maladies non transmissibles. Le cancer du col de l'utérus tue chaque année près de 300 000 femmes et affecte de façon disproportionnée les régions les plus pauvres du monde. C'est dans ce contexte, et en s'appuyant sur les actions 16.9 et 16.10 du Plan cancer, que l'INCa a mis en place un programme international de lutte contre le cancer de l'utérus, qui allie six pays d'Afrique de l'Ouest, deux pays d'Asie du Sud-est et quatre pays du pourtour méditerranéen. Ce réseau pluridisciplinaire s'appuie sur une recherche aux standards internationaux, permettant d'étayer la décision politique en santé publique des pays. L'accord conclu avec l'OMS doit aider à une mise en œuvre des recommandations internationales. L'action internationale de l'INCa est guidée par des principes fondamentaux parmi lesquels son attachement au multilatéralisme et une vision émancipatrice fondée sur la solidarité et l'équité. L'Institut s'investit donc en priorité avec les partenaires locaux et les agences internationales dans l'élaboration de réponse partagée pour répondre aux défis d'une coordination efficace de la lutte contre le cancer. Le programme international de lutte contre le cancer du col de l'utérus est une action emblématique de l'INCa.

Et également en 2016 (Objectifs 10 à 13)

- **Lancement d'un appel d'offres pour l'acquisition des matériels dans les laboratoires et plateformes de recherche :** pour la première année, suivant les recommandations du conseil scientifique international, l'ITMO cancer d'Aviesan a lancé un appel à candidatures pour le financement d'équipements de recherche contribuant à l'activité des unités de recherche ou des plateformes mutualisées et/ou labellisées (IBiSA, PIA, etc.) en cancérologie. Trente-huit allocations ont été accordées pour un montant de 4,9 M€ portant notamment sur l'acquisition d'équipements pour visualiser finement les cellules et leurs composants, les protéines et les gènes. (action 13.1)
- **Colloque franco-américain pour valoriser la nouvelle génération de nanomédicine :** en partenariat avec le National Cancer Institute (États-Unis) et Aviesan (ITMO cancer et ITMO technologies de la santé), le colloque organisé par l'INCa avait pour but d'identifier les principaux défis liés aux développements de nouvelles nanotechnologies, et de proposer une synthèse pluridisciplinaire. Ceci pour définir en commun les méthodologies translationnelles adaptées à une meilleure caractérisation, au ciblage et à la modulation de la complexité tumorale locale, sans négliger les aspects éthiques liés à ces technologies. Plus de 180 participants ont assisté à ce riche symposium organisé à Paris en novembre 2016. (action 13.5)
- **Étude Sicapro sur l'incidence des cancers par profession et par secteur d'activité :** cette étude, conduite par Santé publique France, sera testée avec deux registres volontaires, puis étendue à l'ensemble des départements disposant d'un registre. Elle permettra d'identifier des groupes professionnels à risque accru de cancer afin d'orienter la prévention. (action 12.4)

4. OPTIMISER LE PILOTAGE ET LES ORGANISATIONS

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

Objectif 14 La concertation citoyenne et scientifique sur le dépistage du cancer du sein a été un moment fort de démocratie sanitaire

La concertation citoyenne et scientifique sur le dépistage du cancer du sein, ouverte à l'automne 2015 par la ministre des Affaires sociales et de la Santé qui en a confié l'organisation à l'Institut national du cancer (INCa), s'est achevée en septembre 2016. L'objectif de cette démarche de démocratie sanitaire était de recueillir les attentes et les points de vue des femmes et des professionnels sur les voies d'amélioration du dépistage du premier cancer féminin.

Le site dédié à la concertation (www.concertation-depistage.fr) a permis de recueillir près de 500 contributions, déposées à titre individuel ou collectif, par des citoyennes, des professionnels de santé, des associations et des organismes impliqués dans le dépistage. Surtout deux conférences, l'une composée de 27 citoyennes et l'autre de 18 professionnels des secteurs sanitaires et sociaux, ont produit chacune un avis collectif et argumenté, qui ont été exposés et débattus lors d'une réunion publique qui s'est déroulée à Paris, le 28 mai 2016. Le comité technique et de prospective sur le dépistage des cancers du sein, groupe d'experts du dépistage animé par l'INCa, a également élaboré un avis.

Ces contributions, complétées par une analyse de la littérature et des auditions d'experts, ont été étudiées par le comité d'orientation indépendant qui a coordonné l'ensemble de la démarche. Celui-ci a ensuite formulé des constats et des recommandations pour l'avenir du dépistage du cancer du sein, dans un rapport rendu public en octobre 2016.

Cette démarche de démocratie sanitaire a alimenté la décision de la ministre de la Santé et des Affaires sociales de renouveler profondément le programme de dépistage organisé du cancer du sein. En effet, la ministre a chargé l'INCa et la DGS d'établir un plan d'actions à cet effet, en réaffirmant les objectifs du programme qui sont de réduire la mortalité liée au cancer du sein et d'améliorer la qualité à chaque étape. (cf. Objectif 1).

LES ACTIONS DES AGENCES RÉGIONALES DE SANTÉ

Les ARS ont inscrit leur démarche dans le respect de la démocratie sanitaire : ainsi en Centre-Val-de-Loire, six débats régionaux ont été organisés avec la CRSA et la Mutualité française qui ont permis d'aborder différents aspects du parcours en cancérologie autour d'une représentation théâtrale et de courts métrages de l'INCa (e-cancer.fr) sur les thèmes du dépistage, de la prévention, de la prise en charge, de l'équité de traitement et de l'information.

La Guyane a organisé ses premières journées de cancérologie en partenariat avec le réseau régional de cancérologie. D'autres ARS n'ont pas manqué de solliciter régulièrement la CRSA (Normandie, PACA par exemple) ou de réunir toutes les parties prenantes (Fédérations hospitalières, représentants d'usagers, structures de gestion et réseau régional de cancérologie, assurance maladie) dans le cadre de leur comité régional cancérologie (PACA, Ile-de-France).

Objectif 15 La connaissance du stade de développement du cancer au moment du diagnostic a été améliorée

Action 15.1 et 15.7

L'étendue de la maladie dans sa phase initiale (communément appelée stade au diagnostic) est un élément pronostique majeur qui permet au clinicien d'orienter le malade vers la meilleure stratégie thérapeutique et de proposer une surveillance adéquate. C'est également un indicateur essentiel en épidémiologie et en santé publique.

Pour la première fois, un rapport de Francim-HCL-Santé publique France-INCa présente, à partir des données des registres de la France métropolitaine sur la période 2009-2012, la répartition des stades au diagnostic pour les cancers du sein, du côlon et du rectum, en le mettant en regard de l'administration ou non d'un traitement néoadjuvant pour le sein et le rectum.

Détection à quel stade au diagnostic ?

Cancer du sein :
- 58% diagnostiqués à un stade localisé
- 29% à un stade régional
- et 13% à un stade avancé

Cancer du côlon :
- 45% diagnostiqués à un stade localisé
- 22% à un stade régional
- et 33% à un stade avancé

Cancer du rectum :
- 44% diagnostiqués à un stade localisé
- 21% à un stade régional
- et 35% à un stade avancé

Objectif 16 Des propositions de réorganisation régionale et territoriale des organisations de la cancérologie ont été établies par l'INCa

Actions 1.2, 16.4 et 16.5

L'évolution des structures de gestion et des réseaux régionaux de cancérologie répond en premier lieu à des objectifs de santé publique au service des usagers et des patients et en appui des professionnels de santé. Il s'agit de garantir la qualité des dispositifs et des pratiques, d'assurer des parcours de santé coordonnés et de lutter contre les inégalités d'accès et de recours.

À la demande de la Direction générale de la santé (DGS) et de la Direction générale de l'organisation des soins (DGOS), l'Institut national du cancer (INCa) a élaboré des propositions d'évolution des missions et de l'organisation de ces structures. Il s'est appuyé sur les éléments de bilan et d'évaluation disponibles et a procédé à une large consultation de l'ensemble des acteurs. L'INCa a remis à l'été 2016 deux rapports respectivement à la DGS et à la DGOS.

- Les structures de gestion ont permis la généralisation à l'échelle de chaque département de deux programmes nationaux de dépistage organisé pour le cancer du sein et pour le cancer colorectal. Elles doivent maintenant déployer un troisième programme pour le dépistage organisé du cancer du col de l'utérus et intégrer le suivi des populations à risque aggravé. L'évolution proposée vise à constituer, à partir des 90 structures de gestion existantes, une structure régionale dans les 17 nouvelles régions administratives responsable de coordonner la mise en œuvre des programmes de dépistage et dotée d'antennes territoriales de proximité auprès de la population et des professionnels.
- Les réseaux régionaux de cancérologie (RRC) et les centres de coordination en cancérologie (3C), mis en place dans le cadre du premier Plan cancer, ont fortement contribué au développement de la coordination des acteurs de santé et à l'amélioration de la qualité des soins. Ces structures doivent s'adapter à l'évolution des besoins dans un contexte de développement rapide des innovations thérapeutiques et d'essor des soins ambulatoires, ceci en tenant compte du périmètre des nouvelles régions. Il est proposé, en portant une attention toute particulière à respecter les succès rencontrés localement partout où c'est le cas, de renforcer les missions des réseaux régionaux. Ceux-ci seraient en charge de coordonner l'offre de soins en cancérologie dans toutes ses dimensions, de la rendre lisible pour les patients et les professionnels, d'évaluer la qualité et de participer à la diffusion, et parfois à l'élaboration des référentiels nationaux de bonne pratique.

La nouvelle organisation préconisée sera plus lisible pour la population comme pour les professionnels. Elle sera de nature à faciliter les interfaces avec les autres acteurs en matière de prévention et de soins pour améliorer la continuité des parcours. Elle s'inscrira également dans une logique d'efficience en optimisant l'utilisation des moyens et en permettant notamment de mutualiser des ressources à l'échelle régionale. Elle ne saurait cependant constituer un retour en arrière vis-à-vis des succès obtenus.

La conduite du changement constituera un enjeu important et les ARS, pilotes de la réorganisation en fonction de l'historique et des spécificités de leurs territoires, seront accompagnées dans le déploiement des nouvelles organisations.

LES ACTIONS DES AGENCES RÉGIONALES DE SANTÉ

Toutes les ARS ont engagé un travail d'évaluation préalable de leurs structures de gestion du dépistage organisé ce qui leur a permis de mutualiser certaines activités ou moyens en attendant les directives nationales. C'est le cas notamment de Bourgogne-Franche-Comté, Centre-Val-de-Loire, Hauts-de-France, Normandie...

En ce qui concerne les réseaux régionaux de cancérologie, un travail d'évaluation et de rapprochement a été conduit. Celui-ci se traduit par des modalités qui varient du simple rapprochement jusqu'à la fusion des réseaux, dans les nouvelles régions et en particulier Grand-Est, Bourgogne-Franche-Comté, Hauts-de-France, Nouvelle-Aquitaine. Toutes les ARS ont mis en avant le rôle des réseaux régionaux de cancérologie dans la mise en œuvre des actions du Plan cancer en région. La Martinique, sur la base d'un modèle innovant, a mis en place une plateforme régionale d'appui et d'expertise afin de rapprocher de façon efficiente les organisations transversales dont le réseau régionale de cancérologie, la structure en charge du dépistage et le registre des cancers.

Objectif 17 Les modèles de financement de la radiothérapie oncologique et de la consultation de primo-prescription en chimiothérapie orale évoluent

L'expérimentation d'un nouveau modèle de financement de la radiothérapie oncologique est en cours

Actions 3.12, 17.5 et 17.6

Dans un contexte marqué par de fortes évolutions technologiques, l'adaptation du modèle de financement de la radiothérapie est une nécessité, pour mieux prendre en compte l'approche globale du parcours des patients et faire face à l'enjeu de maîtrise des coûts.

L'année 2016 a permis de finaliser avec les acteurs et partenaires de la radiothérapie oncologique, une proposition de nouveau modèle de financement qui est établi sur une base forfaitaire fondée sur une approche par technique de radiothérapie. Un recueil d'informations médicalisé de l'activité a parallèlement été élaboré. À la demande des professionnels, le nouveau modèle sera mis en œuvre à blanc en 2017 à partir du renseignement du recueil d'activité ad hoc. Il sera découplé, dans cette phase transitoire, de ses effets financiers. Cette période permettra une mesure sereine de tous les impacts avant une mise en œuvre effective prévue en 2018.

Un recueil d'information sur les consultations a été mis en place pour évaluer les besoins de financement pour la revalorisation de la consultation de primo-prescription en chimiothérapie orale

Actions 3.2 et 17.5

Si les traitements anticancéreux par voie orale présentent de nombreux avantages pour les patients, ils demandent aux équipes hospitalières spécialisées, qui en posent l'indication et réalisent la première prescription, d'adapter leurs modes de fonctionnement pour mieux répondre aux besoins d'information, de suivi et d'observance.

La DGOS et l'Institut national du cancer (INCa) s'attachent à anticiper et accompagner cette évolution. Sur sollicitation de la DGOS, l'INCa a ainsi rendu en juillet 2016 une expertise sur les « étapes clés » du parcours de soins d'un patient traité par anticancéreux oraux et sur les projections d'évolution à moyen terme de ces traitements.

Après l'annonce par la circulaire budgétaire du 12 mai 2016 de la création d'une MIG permettant la valorisation de la consultation longue de primo-prescription de chimiothérapie orale, la 3e circulaire budgétaire 2016 organise une première délégation d'un million d'euros aux établissements ayant renseigné leur activité de consultations. Cet accompagnement permettra aux professionnels hospitaliers —oncologues mais également si besoin infirmiers et pharmaciens— de délivrer les informations nécessaires à la bonne réalisation du traitement, de garantir son observance et de mobiliser, aux côtés du patient, son entourage et les professionnels de proximité. Un recueil d'informations sur ces consultations a été mis en place depuis mars 2016 au niveau national, sous l'égide de la DGOS et de l'ATIH.

Et également en 2016 (Objectifs 14 à 17)

DONNÉES ROBUSTES ET PARTAGÉES

- Publication de la 8e édition des « Cancers en France » : les données et tendances dans les domaines de la recherche, des soins, des conséquences de la maladie, de la prévention et du dépistage, ainsi que les indicateurs épidémiologiques, sont rapportés de façon interactive. Le rapport s'accompagne dorénavant d'une synthèse avec les principaux chiffres et des focus thématiques. (action 15.9)
- Publication d'une nouvelle version de la rubrique « Les données du cancer » sur le site de l'INCa à l'adresse http://lesdonnees.e-cancer.fr/ : **Cette rubrique comporte 300 indicateurs, 100 fiches de synthèses et 650 projets de recherche financés par l'INCa et le ministère des Affaires sociales et de la Santé. (action 15.9)**
- **Publication d'une synthèse des dernières données sur l'incidence et le dépistage du cancer du sein en France :** cette synthèse, réalisée par Santé publique France, montre qu'après un pic vers 2005, l'incidence du cancer du sein se stabilise bien que les tendances récentes soient incertaines. À la suite d'une augmentation jusqu'en 2008, la participation au programme de dépistage organisé se stabilise autour de 50 %. Les indicateurs de performance révèlent un programme de bonne qualité, offrant les conditions d'une réduction de la mortalité par cancer du sein en France. (action 15.6)
- **Premières données départementales d'incidence du cancer de la thyroïde :** les données d'incidence des registres des cancers couvrant 20 % de la population, des estimations à l'échelle de tous les départements métropolitains, publiées par Santé publique France, ont été produites en réunissant pour la première fois les données d'hospitalisation avec celles des reconnaissances des cancers comme affection de longue durée, et en y associant les données des registres.

  Les estimations, réalisées sur la période 2007-2011, mettent en évidence d'importants contrastes entre les départements, avec des percentiles à 5 et 95 % de la distribution des taux standardisés d'incidence entre les départements, de 2,8 et 7,1 pour 100 000 chez les hommes, et de 8,3 et 21,2 pour 100 000 chez les femmes. Des zones de sur-incidence notables sont visibles dans certains départements du sud-est et du littoral du sud-ouest par rapport à la moyenne métropolitaine.

  Ce travail, qui confirme l'ampleur des disparités d'incidence du cancer de la thyroïde observées entre les départements couverts par un registre des cancers, illustre tout l'intérêt du croisement des bases médico-administratives pour estimer l'incidence départementale des cancers. (action 15.7)

ACCORDS ET PARTENARIATS

- **Signature d'un accord-cadre avec le Collège de la médecine générale (CMG) :** l'INCa et le CMG ont formalisé leurs relations par la signature d'un premier accord-cadre. Celui-ci, renforçant le rôle des médecins généralistes dans les domaines du dépistage et de la prévention, ainsi qu'à toutes les étapes clés du parcours du patient en cancérologie, a également pour objectifs le développement de la recherche en soins primaires en cancérologie, l'élaboration d'outils en commun facilitant la coopération autour des patients et avec eux, ainsi que la mutualisation d'informations.
- **Nouvel accord entre l'Institut national du cancer et Santé publique France.** Il vise à renforcer les collaborations entre les deux institutions en matière de surveillance, d'observation, d'évaluation, de prévention et du dépistage des cancers. Il complète un autre accord plus spécifique relatif à l'élaboration et la mise en œuvre d'un programme de travail partenarial dédié à la surveillance et l'observation des cancers à partir des données des registres, signé en 2016 avec le réseau des registres des cancers Francim, le service de biostatistique des Hospices civils de Lyon, Santé publique France et l'INCa.

FOCUS SUR LES ENFANTS, ADOLESCENTS ET JEUNES ADULTES

Même si le cancer chez l'enfant est relativement rare, la maladie touche chaque année environ 1 700 nouveaux enfants de moins de 15 ans, et environ 800 adolescents. La prise en compte de leurs besoins passe aussi bien par la recherche que sur l'organisation des soins ou la qualité de vie pendant ou après un cancer.

En plus du lancement du premier essai clinique entièrement consacré aux enfants, AcSé ESmart (cf. objectif 5) et la création d'un programme d'actions intégrées de recherche en pédiatrie (PAIR Pédiatrie) (cf. objectif 13), des actions importantes ont été engagées pour mieux connaître les cancers pédiatriques et continuer d'adapter les soins et l'accompagnement aux besoins des enfants, des adolescents et des jeunes adultes.

La connaissance des cancers pédiatriques est améliorée

Une plateforme nationale d'observation des cancers pédiatriques (Cohoper), réalisée de façon collaborative et pluridisciplinaire, est devenue un outil puissant pour la recherche clinique observationnelle et pour la recherche fondamentale (action 8.2). Cette plateforme contribue à la connaissance des déterminants du risque de cancer, de la survie et du risque de rechute en population générale pédiatrique.

Les registres nationaux de cancers de l'enfant ont constitué depuis 2011 une infrastructure commune, ajoutant aux données de registre des données détaillées sur les traitements reçus et leurs doses, des données sur les réponses aux traitements et la survenue de rechutes et seconds cancers, une biothèque nationale virtuelle décrivant le matériel biologique présent dans les biothèques hospitalières, des données environnementales et sociodémographiques contextuelles obtenues par géocodage.

Un recueil rétroactif des traitements depuis 2000 a été mis en place en parallèle, de même qu'un lien avec une base de radiothérapie en construction depuis 2014. Les données détaillées sur les traitements et le suivi à 5 ans ont déjà été obtenues pour 6 300 cas (entre 40 et 70 % des cas 2005-2011 selon le type de cancer), avec un rythme de recrutement de plus de 400 cas par mois. Des données de biothèque standardisées et annotées sont également présentes pour plus de 6 000 patients. Des procédures de contrôle de qualité sont définies dans chaque volet.

Le déploiement d'une offre régionale adaptée aux spécificités des adolescents et jeunes adultes permettra de soutenir et adapter les soins et l'accompagnement

L'enjeu, pour cette tranche d'âge intermédiaire, est d'abord d'améliorer la qualité des décisions thérapeutiques en mobilisant, lors des réunions de concertation pluridisciplinaires, les compétences de cancérologie adulte et de cancérologie pédiatrique. Il s'agit ensuite de renforcer l'accompagnement apporté à ces jeunes en termes de soins de support et de coordination de leur parcours. L'organisation attendue au niveau de chaque région a été définie par une instruction nationale DGOS/INCa parue le 29 mai 2016 et son déploiement a été favorisé par l'octroi d'un financement national concomitant de 700 000 euros.

La DGOS a par ailleurs lancé en mai 2016 une enquête nationale sur les besoins d'évolution de l'offre en cancérologie pédiatrique pour prendre la mesure des évolutions technologiques en cours en cancérologie pédiatrique et de leur impact sur l'offre et le parcours de soins des enfants et adolescents atteints d'un cancer. Il s'agit de préparer la révision du droit des autorisations en cancérologie, et d'impliquer pleinement les ARS dans le champ de l'oncopédiatrie soumis aujourd'hui à un régime dérogatoire de régulation de l'offre sur des organisations hospitalières interrégionales en cancérologie pédiatrique labellisées par l'INCa.

La vie des enfants et adolescents pendant et après un cancer est au cœur du Plan cancer

Les enfants malades ont besoin d'aménagements pour mener à bien leur scolarité. Un projet d'accueil individualisé (PAI) permettant des aménagements de la scolarité dont le service d'assistance pédagogique à domicile (SAPAD), est essentiel pour la scolarité, mais aussi pour la santé de l'enfant. Une nouvelle circulaire sur les PAI visant à inclure l'enfant malade en tant qu'élève, avec les aménagements nécessaires au déroulement de sa scolarité, est en cours de préparation et paraîtra en 2017. Par ailleurs, la scolarisation à distance par le CNED, de préférence en double inscription dans un établissement scolaire, a été rendue gratuite pour les enfants atteints de cancers, même au-delà de 16 ans. Enfin, une scolarisation à l'hôpital peut aussi être organisée.

La Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA) soutient l'action qui doit permettre d'atténuer pour la famille les surcoûts liés à l'accompagnement d'un enfant malade. En 2015 en partenariat avec l'INCa, des séances de sensibilisation aux spécificités des cancers de l'enfant ont été délivrées aux professionnels des maisons départementales des personnes handicapées (MDPH). Cette année, pour répondre à l'objectif de simplification des procédures d'accès aux différents dispositifs d'aide proposés par les MDPH, il est apparu nécessaire, de disposer d'un outil de liaison entre professionnels des établissements de santé et ceux des MDPH. Un groupe de travail est mis en place par la CNSA avec ces professionnels des deux secteurs, mais également des représentants de familles particulièrement sensibilisées à cette problématique.

Enfin, le « droit à l'oubli », c'est-à-dire la possibilité de ne pas déclarer un cancer survenu antérieurement à la demande d'emprunt, sous certaines conditions, est ouvert aux jeunes adultes. La loi de modernisation de notre système de santé dispose qu'il ne peut y avoir de majoration des tarifs ou d'exclusion de garanties pour avoir l'accès au crédit pour les malades du cancer dont le protocole est achevé depuis plus de 10 ans. Ce délai est ramené à 5 ans pour les cancers pédiatriques (18 ans révolus). La grille de référence qui réduit ces délais pour une liste de cancers déterminée bénéficiera aussi aux jeunes adultes.

LE POINT SUR LA MISE EN ŒUVRE DU PLAN CANCER PAR LES ARS

Le Plan cancer 2014-2019 a préconisé une articulation nationale et régionale renforcée par une meilleure coordination avec les agences régionales de santé (ARS). Ainsi, les ARS ont défini en 2015 leur feuille de route pour le décliner régionalement. Le premier bilan de ces feuilles de route, portant sur la période 2015-2016, montre une forte mobilisation sur l'ensemble du Plan de la part des ARS, et ce malgré la fusion des régions, qui a entraîné des remaniements impliquant organisations et personnels en charge des actions du Plan cancer.

Au-delà de l'identification de référents thématiques, les ARS ont proposé de nouvelles organisations fondées sur l'identification d'un référent ou d'un binôme de référents « Plan cancer » (Grand-Est, Auvergne-Rhône-Alpes, Bretagne, Bourgogne-Franche-Comté, Martinique, Hauts-de-France, Normandie) appuyés par une équipe projet transversale couvrant l'ensemble des actions relatives au Plan cancer (Auvergne-Rhône-Alpes, Bretagne, Bourgogne-Franche-Comté, Normandie), et soutenue par un comité de pilotage externe réunissant l'ensemble des acteurs, institutions et diverses parties prenantes à la lutte contre le cancer dans une logique de démocratie sanitaire (Grand-Est, Ile-de-France, Martinique, Bourgogne-Franche-Comté, Bretagne, Normandie).

Quel que soit l'axe du Plan cancer 2014-2019 considéré, la mobilisation des ARS se traduit déjà par la mise en œuvre d'actions concrètes.

1. GUÉRIR PLUS DE PERSONNES MALADES

Objectif 1 Favoriser des diagnostics précoces

La préfiguration du dépistage organisé du cancer du col de l'utérus mobilise déjà les ARS

En 2016, les ARS se sont toutes inscrites dans la poursuite de la phase expérimentale du dépistage du cancer du col de l'utérus par le soutien aux expérimentations du dépistage organisé du cancer du col de l'utérus et à la préfiguration de sa généralisation sur l'ensemble du territoire. À la suite de l'évaluation médico-économique menée au niveau national, les ARS ont été invitées à définir une organisation régionale de préfiguration de ce dépistage intégrant les actions déjà mises en œuvre en région, effective sur la quasi-totalité du territoire.

La lutte contre le cancer du col de l'utérus s'appuie également sur le développement de la vaccination anti-HPV. Bien que moins investi par les ARS, ce champ a néanmoins fait l'objet d'actions de soutien à l'accès à la vaccination dans les centres de vaccination gratuite (Auvergne-Rhône-Alpes), de rattrapage (Bourgogne-Franche-Comté), de promotion (Normandie, Pays de la Loire) et de formation des professionnels de santé (Bourgogne-Franche-Comté).

Les ARS se sont engagées dans la diffusion et l'appropriation des référentiels, pour assurer un parcours optimal des femmes pour lesquelles une anomalie a été détectée, dans les programmes de dépistage organisé des cancers du sein et du côlon-rectum, déjà existants, (Grand-Est, Centre-Val-de-Loire, Ile-de-France, Hauts-de-France, Pays de la Loire).

Des évolutions organisationnelles

En parallèle des travaux menés au niveau national sur le schéma-cible de la réorganisation des structures régionales impliquées dans le champ de la cancérologie, les ARS ont entamé une démarche préalable à la mutualisation et à la régionalisation des dispositifs de dépistage organisé par l'instauration d'un dialogue avec l'ensemble des structures de la région (Grand-Est, Bretagne, Normandie, Corse, Martinique, Océan Indien) et ont permis de nourrir la réflexion nationale lors d'ateliers d'échanges.

Le Plan cancer 2014-2019 prévoit une évolution majeure des programmes de dépistage, par la prise en compte du niveau de risque pour l'orientation des personnes. Celle-ci n'est pas encore effective sur le territoire, les ARS étant en attente des orientations nationales. Toutefois, elles sont vigilantes aux conditions d'accès aux consultations d'oncogénétique.

De façon plus spécifique, les ARS ont porté au niveau régional la démarche d'expérimentation de la dématérialisation de la mammographie (Bretagne, Centre-Val-de-Loire, Normandie, Pays de la Loire, Océan indien).

Le renforcement de l'accès au dépistage organisé des cancers par des actions de communication et des interventions, notamment auprès des personnes les plus vulnérables

Relais des campagnes de communication nationales Octobre rose et Mars bleu, les stratégies régionales des ARS se sont développées autour de trois axes :

1. L'identification et la caractérisation de territoire d'actions prioritaires par une approche sociogéographique : élaboration du portrait-robot des femmes non participantes (Ile-de-France), même si, pour l'instant, un certain nombre d'ARS note des difficultés d'accès aux données fines en infra-départemental ;

2. Le développement d'actions d'accompagnement complémentaires :

- formation d'ambassadeurs de quartier ou de médiateurs sanitaires dans les quartiers prioritaires (Nouvelle-Aquitaine, Auvergne-Rhône-Alpes, Bourgogne-Franche-Comté, Guyane) ;
- renforcement de la sensibilisation et de la communication auprès des personnes précaires ou vulnérables : partenariat pour un travail d'interprétariat (Grand-Est-Provence-Alpes-Côte d'Azur) ; actions de proximité ciblant les personnes en situation de vulnérabilité en mobilisant les partenaires sociaux et médico-sociaux dans la promotion des dépistages organisés des cancers (Ile-de-France) ;
- adaptation du dispositif : distribution des tests immunologiques par les pharmaciens, expérimentation des tests HPV urinaires (Bretagne), mammobiles (Normandie/Occitanie), équipe mobile (Océan indien, Guadeloupe).

3. L'intégration de la lutte contre les inégalités au dépistage des cancers du sein et colorectal dans les contrats locaux de santé fondée sur les diagnostics territoriaux engagés.

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

Une structuration forte du parcours par les ARS

Le dispositif d'autorisation a été consolidé dans l'ensemble des régions par un renforcement du suivi des établissements autorisés à délivrer les traitements en cancérologie, grâce au développement de l'observation et de l'évaluation des dispositifs actuels permettant de mieux maîtriser les délais (Nouvelle-Aquitaine, Hauts-de-France, Pays de la Loire, Corse). Les ARS ont également participé activement à la réflexion menée au niveau national sur la révision du dispositif d'autorisation du traitement du cancer.

En s'appuyant sur les réseaux régionaux de cancérologie et sur le déploiement du dossier communicant en cancérologie (DCC) (Bourgogne-Franche-Comté, Pays de la Loire), les ARS ont soutenu les démarches visant à améliorer la lisibilité de l'offre pour les praticiens du premier recours. Elles ont contribué à renforcer l'articulation ville/hôpital par la mise à disposition du registre opérationnel des ressources (ROR) en cancérologie ou de l'annuaire des réunions de concertation pluridisciplinaires (RCP) ou des établissements autorisés (Grand-Est, Occitanie, Océan indien, Pays de la Loire, Ile-de-France). Elles ont ainsi favorisé une meilleure orientation des malades par les professionnels de santé vers les équipes et les soins les plus adaptés.

Les ARS ont développé des solutions innovantes dans le domaine de l'oncogériatrie, afin d'améliorer la coordination entre les acteurs de la prise en charge médicale et la fluidité du parcours des personnes âgées face à la maladie :

- expérimentation d'infirmières de coordination spécifiques ;
- développement et mise à disposition d'outils de coordination (Bourgogne-Franche-Comté, Bretagne) ;
- mise en place d'un maillage territorial régional (Pays de la Loire), d'unités spécialisées en oncogériatrie (Bretagne), ou encore une réunion de concertation pluridisciplinaire (RCP) spécifique (Corse).

Les dispositifs de soins dédiés aux enfants, adolescents et jeunes adultes (AJA) atteints d'un cancer proposés lors de l'expérimentation nationale antérieure ont été confortés notamment grâce à :

- la poursuite de financements (Hauts-de-France, Normandie, Auvergne-Rhône-Alpes) d'appui à la coordination interrégionale en cancérologie pédiatrique (Bourgogne-Franche-Comté, Provence-Alpes-Côte d'Azur, Océan indien, Ile-de-France) ;
- la mise en service de fiches de liaisons dématérialisées (Grand-Est), RCP inter-région pour les adolescents (Grand-Est, Pays de la Loire) ;
- des analyses complémentaires ont été également conduites pour permettre d'améliorer leur parcours au sein des établissements autorisés (Bretagne, Occitanie).

Cette démarche se trouve confortée par l'installation en cours des plateformes territoriales d'appui ou d'autres démarches spécifiques pour les cas complexes (Bretagne), qui pourront intervenir en appui au médecin traitant.

Le déploiement des outils de partage de l'information médicale se poursuit

Les ARS sont toutes impliquées dans l'intégration du dossier communicant en cancérologie (DCC), dans les systèmes d'information des professionnels de santé, tant hospitaliers que de ville, leur permettant un partage de l'information médicale nécessaire à une prise en charge coordonnée. Ce partage d'information est facilité par la diffusion des messageries sécurisées et par les documents standardisés de programmes personnalisés de soins (PPS) et d'après-cancer (PPAC).

Peu développée dans le strict cadre de la cancérologie, la télémédecine participe néanmoins au déploiement de dispositifs de téléanatomocytopathologie, de télédermatologie (Bourgogne-Franche-Comté), de téléconsultation notamment avec les outre-mer (Bretagne) et de la téléexpertise en dermatologie (Corse).

Objectif 3 Accompagner les évolutions technologiques et thérapeutiques

Des ARS impliquées dans la coordination du suivi de la chimiothérapie orale

Au croisement entre la politique régionale du médicament et produits de santé et celle du parcours cancer (ville-hôpital), l'essor de la chimiothérapie orale interpelle l'organisation actuelle de la prise en charge en cancérologie, nécessitant son adaptation afin d'assurer la sécurité des traitements. Les ARS se sont engagées dans une démarche de sécurisation du parcours du patient (Nouvelle-Aquitaine, Guyane). Elles ont par exemple soutenu des expérimentations organisationnelles comprenant une évaluation médico-économique des différents schémas organisationnels (i.e. Ile-de-France) au travers d'appels à projets spécifiques.

Elles ont également encouragé l'élaboration d'outils visant à articuler l'hôpital et la médecine de ville : fiches d'informations thérapeutiques, incluant les effets secondaires des traitements mises à disposition par les RRC pour les médecins traitants, les infirmiers, les pharmaciens et les patients (mises à jour régulièrement par l'OMEDIT (Grand-Est, Hauts-de-France) ; élaboration d'un dossier-type de demande d'autorisation d'un programme éducation thérapeutique du patient (ETP).

La coordination inhérente à la chimiothérapie orale a amené également les ARS à soutenir le développement de plusieurs dispositifs spécifiques : accompagnement par une infirmière (Normandie, Pays de la Loire), mise à disposition des recommandations de bonnes pratiques et des publications scientifiques (Auvergne-Rhône-Alpes), développement des outils de formation et d'informations sur les thérapies ciblées pour les professionnels de santé (Nouvelle-Aquitaine, Centre-Val-de-Loire).

Enfin, l'accompagnement des professionnels de santé et des patients participe à la réussite du développement de la chimiothérapie orale ; les ARS ont naturellement autorisé le déploiement de programme d'éducation thérapeutique du patient (ETP), de formations dédiées, de plateformes ou d'accompagnement par des infirmiers (Centre-Val-de-Loire, Occitanie, Normandie, Pays de la Loire, Océan indien).

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

Les ARS soutiennent la formation initiale et continue des professionnels de santé médicaux et non médicaux

En matière de formation médicale, les ARS sont investies auprès des universités dans la formation initiale des professionnels de la cancérologie. Tenant compte de la démographie médicale, elles portent :

- l'augmentation des postes d'internat spécialisés dans la cancérologie et l'oncologie (Auvergne-Rhône-Alpes, Bretagne, Bourgogne-Franche-Comté, Martinique, Guadeloupe) ;
- le développement de nouveaux métiers : infirmière clinicienne (Occitanie), métiers de la coordination (Pays de la Loire) ;
- la mise en place de dispositif de labellisation des formations en cancérologie (Martinique).

Des procédures de validation des acquis de l'expérience (VAE) en cancérologie permettent aux professionnels de certaines régions d'obtenir la compétence ordinale pour la primo-prescription de certaines molécules (Grand-Est). En complément de la formation initiale, les ARS ont favorisé la formation médicale continue et la formation des professionnels non médicaux.

Malgré une mobilisation parfois difficile des professionnels de santé non médicaux, la formation continue en éducation thérapeutique (ETP) et en soins de supports a été promue afin de permettre aux professionnels médicaux et paramédicaux d'apporter des réponses adaptées aux besoins de santé des patients (Nouvelle-Aquitaine, Auvergne-Rhône-Alpes).

Afin de prévenir les ruptures générées par les fragilités sociales et psychologiques rencontrées par certains patients, des formations spécifiques de médiateurs culturels ou de promotion de la psycho-socio-oncologie permettent de prendre en compte les difficultés liées à l'annonce et à l'adhésion au traitement de populations vulnérables particulières (Guyane, Martinique).

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

L'accès aux tests moléculaires et aux thérapies innovantes constitue un enjeu pour les ARS qui rencontrent parfois des difficultés

L'année 2016 est une année de bilan sur l'accès et le financement de l'activité relative aux tests moléculaires (Grand-Est, Corse, Hauts-de-France, Ile-de-France).

Des difficultés persistent encore (Ile-de-France, Grand-Est), Les ARS déploient des moyens pour renforcer l'accès aux plateformes de génétique moléculaire des cancers. Ainsi, elles veillent à la mise en œuvre de ces plateformes et à l'accès aux thérapies ciblées innovantes (Auvergne-Rhône-Alpes, Bretagne, Ile-de-France, Occitanie, Nouvelle-Aquitaine, Grand-Est, Océan indien) ; elles financent parfois l'accès aux thérapies ciblées (Normandie) et travaillent au rapprochement de l'ensemble des acteurs en vue de mieux organiser leur accès (Bretagne, Centre-Val-de-Loire, Corse, Occitanie, Normandie).

Des solutions d'organisation spécifiques ont été portées par les ARS pour soutenir l'accès aux tests moléculaires : développement de plateformes territoriales d'appui afin d'éviter les ruptures de parcours de vie pour les personnes ayant des prédispositions génétiques (Occitanie, Centre-Val-de-Loire), réseau d'aide au suivi des patients génétiquement prédisposés (Bretagne), coordination de la prise en charge multidisciplinaire (Bretagne), renforcement des possibilités d'hébergements en métropole (Guyane).

2. PRÉSERVER LA CONTINUITÉ ET LA QUALITÉ DE VIE

Objectif 7 Assurer des prises en charge globales et personnalisées

Le dispositif d'annonce, première étape du soin personnalisé, doit encore être consolidé

Les ARS observent une grande hétérogénéité dans le fonctionnement du dispositif d'annonce. Les bilans réalisés en région mettent en avant plusieurs difficultés dans la mise en œuvre, qui demeure parfois partielle, des éléments du dispositif d'annonce (consultations d'annonce, consultation paramédicale, programme personnalisé de soins (PPS) et du programme personnalisé d'après-cancer (PPAC)), ou de sa traçabilité non effective sur l'ensemble du dispositif (Grand-Est, Bretagne, Occitanie, Guadeloupe). Elles notent également parfois des difficultés de financement qui influent sur sa mise en œuvre.

Avec le soutien des réseaux régionaux de cancérologie, les ARS ont mis en œuvre une démarche d'amélioration de la qualité des dispositifs par des évaluations régulières (Grand-Est, Nouvelle-Aquitaine, Guadeloupe, Corse, Normandie), des formations spécifiques : formation à l'annonce (Occitanie), formation des infirmiers au dispositif d'annonce et sur les soins oncologiques de support (Bourgogne-Franche-Comté, Hauts-de-France) ; promotion de la compétence hospitalière de gestionnaire médico-administratif de parcours en cancérologie sur la base d'une formation complémentaire réservée aux secrétaires médicales (Martinique).

Une meilleure coordination de l'ensemble des acteurs impliqués dans le parcours de soins

L'articulation entre l'hôpital et la ville, le sanitaire et le médico-social est ciblée par les ARS qui appuient les démarches de coordination entre les partenaires, notamment avec les professionnels de santé de premier recours, sur l'ensemble du territoire (Grand-Est, Bretagne, Corse, Bourgogne-Franche-Comté, Guadeloupe) par l'identification et formation de sentinelles de parcours ville / hôpital (infirmiers libéraux, pharmaciens d'officine, médecins libéraux… (Martinique) ou permettent une orientation vers un référent social grâce à une identification précoce des problématiques sociales (Bourgogne-Franche-Comté, Martinique).

Les traitements anticancéreux oraux ou injectables à domicile impliquent une organisation rigoureuse pour un retour à domicile sécurisé.

Les ARS développent des dispositifs d'accompagnement et de coordination auprès des patients en phase de suivi et lors des soins en hospitalisation à domicile (HAD) (Bourgogne-Franche-Comté) tels que :

- l'accompagnement infirmier et onco-social (Bourgogne-Franche-Comté) ;
- la formation des assistants sociaux intervenant en cancérologie vers la compétence de socio-oncologue (Martinique) ;
- l'autorisation et le financement de programmes d'éducation thérapeutique du patient (ETP), notamment sur les thérapies orales (Grand-Est, Nouvelle-Aquitaine, Bretagne, Bourgogne-Franche-Comté, Normandie, Océan Indien, Occitanie, Normandie), sur l'activité physique, sur la nutrition, ou l'accompagnement à la vie sociale et professionnelle (Bourgogne-Franche-Comté, Occitanie, Hauts-de-France).

Les soins oncologiques de support participent à une prise en charge personnalisée de qualité. Leur intégration se traduit par :

- des formations spécifiques pour les professionnels médicaux et paramédicaux (Auvergne-Rhône-Alpes) ;
- une lisibilité accrue de l'offre de soins de support (Grand-Est, Provence-Alpes-Côte d'Azur, Occitanie) ;
- l'existence d'espaces spécifiques permettant un accès facilité aux soins oncologiques de support et aux consultations de psychologie (Provence-Alpes-Côte d'Azur, Corse).

Le renforcement de l'évaluation des soins oncologiques de support et l'inscription d'indicateurs de suivi des contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens (CPOM) sur la thématique par les ARS participent à la structuration d'une orientation optimale.

Ces modes de traitement nécessitent également une formalisation des informations sur les effets indésirables par la mise à disposition de référentiels de bonnes pratiques pour les traitements anticancéreux oraux ou injectables à domicile, de thésaurus de chimiothérapie ou de documentations pour les professionnels de santé (Bourgogne-Franche-Comté, Hauts-de-France, Normandie) (cf. Objectif 3).

Pour répondre au mieux aux réalités de terrain, les ARS diversifient les modes de soins et d'accompagnement des personnes atteintes de cancers. On observe le développement des protocoles de coopération (Ile-de-France), l'offre de consultations spécifiques par des

psychologues de villes pour les personnes atteintes du cancer et leur entourage (Réunion), ou le soutien à l'implication des services sociaux dans le suivi des parcours en cancérologie (Martinique).

Cette démarche est doublée par des dispositifs portés par les ARS en lien avec les réseaux régionaux de cancérologie (RRC) et les centres de lutte contre le cancer (CLCC), pour un accès facilité à une information de qualité pour les patients et leur entourage : cartographies et plateformes en ligne, diffusion des outils Cancer info, (Grand-Est, Ile-de-France, Normandie).

Une approche globale des besoins des patients et de leur entourage

L'accompagnement du retour à domicile des personnes sous traitement nécessite une prise en compte des besoins en aide à domicile des patients (Bretagne). En parallèle, les ARS et leurs partenaires ont réalisé des bilans sur ce type d'offre pour s'assurer de leur disponibilité (Grand-Est, Bretagne, Ile-de-France, Occitanie). Ces diagnostics partagés entre les partenaires ont permis de mobiliser tous les moyens disponibles pour en améliorer l'accès : mobilisation des financements du fond des affaires sanitaires et sociales par les caisses primaires d'assurance maladie (CPAM) (Bretagne), cartographie des dispositifs d'aide à domicile (Grand-Est) ou mise à disposition des informations sur sites internet et mobiles (Ile-de-France).

Les besoins des aidants sont pris en compte. Les ARS soutiennent la sensibilisation des professionnels de santé pour identifier leurs besoins et anticiper ainsi leurs difficultés. Les partenaires régionaux de la lutte contre le cancer (Grand-Est, Bretagne, Ile-de-France) sont également mobilisés dans le recueil des besoins et la proposition de solutions d'accompagnement : mise à disposition d'informations, d'espaces de rencontres et d'informations (ERI) où la présence d'animateurs permet un accompagnement des malades et de leurs proches dans la compréhension de la maladie et dans la proposition de réponses de proximité (Bretagne, Ile-de-France).

Des dispositifs adaptés aux personnes les plus vulnérables

Des solutions d'hébergement sont proposées avec le soutien des opérateurs nationaux et régionaux de la lutte contre le cancer. Les CLCC financent des hébergements non médicalisés de court séjour pour les familles d'enfants bénéficiant d'une radiothérapie. Des « maisons », des appartements hôteliers, accueillent les parents dont l'enfant nécessite une hospitalisation plus longue (Bretagne, Guadeloupe, Ile-de-France, Occitanie, Normandie).

Pour que les personnes les plus vulnérables puissent bénéficier d'un parcours de soins adapté, les ARS ont soutenu le développement de réseaux territoriaux pour situations complexes ou des plateformes territoriales d'appui (Bretagne, Guadeloupe, Martinique Occitanie). Le dispositif d'annonce a été adapté à des situations spécifiques : livret d'annonce pour les personnes atteintes de déficience intellectuelle, pour les populations vulnérables, équipes-mobiles d'annonce et paramédicales pour les personnes éloignées géographiquement (Ile-de-France, Martinique, Occitanie, Océan indien).

Objectif 8 Réduire les risques de séquelles et de second cancer

L'accompagnement des enfants, adolescents et jeunes adultes en matière de préservation de la fertilité est développé dans les parcours

Les traitements du cancer chez les enfants, adolescents et jeunes adultes peuvent altérer leur fertilité future. Les ARS financent et structurent des actions visant à la préserver. Elles soutiennent la mise en œuvre de consultations spécifiques et l'information systématique des patients concernés lors des consultations d'annonce (Nouvelle-Aquitaine, Bourgogne-Franche-Comté, Bretagne, Pays de la Loire, Provence-Alpes-Côte d'Azur) par une démarche structurée régionalement avec les professionnels de terrain pour faciliter l'accès à la préservation de la fertilité (Hauts-de-France), soutenue par une e-RCP onco-fertilité nationale (Provence-Alpes-Côte d'Azur, Normandie). Des plateformes régionales de préservation de la fertilité sont en place dans l'ensemble des régions.

Les professionnels de santé bénéficient également de dispositifs d'information sur la préservation de la fertilité ; notamment de la part des réseaux régionaux de cancérologie (RRC), ainsi que de formations dédiées (Grand-Est, Occitanie, Provence-Alpes-Côte d'Azur, Corse). Les RRC sont fortement impliqués dans ces dispositifs.

Cette démarche de préservation de la fertilité s'inscrit dans une approche globale de soins des enfants, adolescents et jeunes adultes. Des RCP régionales spécifiques pour les enfants se tiennent en lien avec les organisations interrégionales de recours (OIR) (Occitanie). Concernant les adolescents et jeunes adultes (AJA), les ARS soutiennent la poursuite de l'expérimentation AJA (Nouvelle-Aquitaine, Hauts-de-France) et la structuration du dispositif de suivi à long terme des enfants et adolescents. Ceci permettra de mieux appréhender les effets à long terme des traitements et d'assurer un suivi épidémiologique (Bretagne, Ile-de-France). Un accompagnement psychologique des adolescents et jeunes adultes, comme des professionnels qui les soignent, est proposé dans certaines régions (Ile-de-France, Occitanie).

3. INVESTIR LA PRÉVENTION ET LA RECHERCHE

Objectif 10 Le Programme national de réduction du tabagisme

Des ARS engagées dans la définition de leur programme régional de réduction du tabagisme

Pour déployer le Programme national de réduction du tabagisme, les ARS ont été amenées à définir leur gouvernance et stratégie régionale de réduction du tabagisme. En 2016, au-delà de la mobilisation pour l'opération Moi(s) sans tabac, les ARS ont mis en place des comités de pilotage pour définir des axes prioritaires d'intervention en lien avec leurs partenaires. Fin 2016, 9 ARS ont finalisé leur programme régional de réduction du tabagisme.

L'action des ARS s'est principalement centrée sur deux axes du PNRT.

- La protection des jeunes face à l'entrée dans le tabac par :
  - la construction de partenariat ou de conventionnement avec la MILDECA, le rectorat, et les acteurs de l'addictologie (Grand-Est, Auvergne-Rhône-Alpes, Centre-Val-de-Loire, Normandie) ;
  - le soutien financier aux associations de prévention pour la sensibilisation des jeunes en milieu scolaire (Grand-Est, Nouvelle-Aquitaine, Auvergne-Rhône-Alpes, Centre-Val-de-Loire) et le développement des compétences psychosociales (Grand-Est, Nouvelle-Aquitaine, Corse) ;
  - le développement d'outils de type Serious game fondé sur la démarche de l'entretien motivationnel vis-à-vis de la consommation de tabac (Auvergne-Rhône-Alpes, Centre-Val-de-Loire) ;
  - la formation d'infirmiers scolaires à la tabacologie (Auvergne-Rhône-Alpes, Occitanie).
- Le soutien à l'arrêt du tabac, en s'impliquant dans la coordination de la mise en œuvre régionale de l'action phare Moi(s) sans tabac (Grand-Est, Bretagne, Centre-Val-de-Loire, Ile-de-France, Normandie, Pays de la Loire, Provence-Alpes-Côte d'Azur, Corse, Océan indien) : mobilisation des partenaires ANPAA, URPS, CSAPA, des pharmaciens pour la distribution des kits, campagne d'affichage urbain, dans les transports en commun, dans les services publics, partenariat presse écrite, site internet.

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

La lutte contre la consommation excessive d'alcool, le surpoids et la sédentarité est l'une des priorités des ARS

L'action des ARS s'inscrit dans une démarche de promotion de la santé dans les domaines de la lutte contre la consommation excessive d'alcool, du tabac, de l'éducation nutritionnelle et de la pratique d'activité physique. Cet investissement se traduit par :

- Un soutien à la structuration au titre de laquelle on peut noter :
  - la définition de programmes régionaux : Plan régional sport santé bien-être (Grand-Est, Bourgogne-Franche-Comté, Bretagne), l'inscription dans le programme régional de santé et le schéma régional de promotion des actions de prévention (Bretagne, Centre-Val-de-Loire) ;
  - l'introduction de l'impact de l'environnement sur la santé via le Plan régional santé et environnement (Bourgogne-Franche-Comté), Réseau Bretagne urbanisme et santé (Bretagne) ;
  - l'élaboration de contrats locaux de santé (CLS) sur les thématiques ciblées : activité physique, consommation d'alcool et de tabac… (Grand-Est, Nouvelle-Aquitaine, Bourgogne-Franche-Comté, Normandie) ;
  - la contractualisation pluriannuelle avec les acteurs de la promotion de la santé (Auvergne-Rhône-Alpes, Centre-Val-de-Loire, Occitanie) et la mobilisation des centres de soins d'accompagnement et de prévention en addictologie (CSAPA) (Bretagne, Normandie, Corse, Guadeloupe) ;
  - la création et le renforcement des équipes de liaison et de soins en addictologie (ELSA) (Nouvelle-Aquitaine, Bretagne) ;

  - le conventionnement avec l'Éducation nationale (Hauts-de-France, Normandie).
- Le financement ou l'appui à des actions ou dispositifs spécifiques :
  - appui au réseau sport santé pour les malades chroniques (Bourgogne-Franche-Comté, Bretagne) ;
  - promotion de l'activité physique (Grand-Est, Normandie, Nouvelle-Aquitaine, Bretagne, Provence-Alpes-Côte d'Azur), adaptée aux seniors, (Occitanie, Bretagne) ;
  - proposition de programmes et dispositif nutrition-santé (Nouvelle-Aquitaine) ;
  - promotion de la prévention de la consommation excessive d'alcool et de tabac (Grand-Est, Normandie).
- Le ciblage de populations vulnérables face aux risques : jeunes, femmes enceintes, personnes en situation de précarité pour la lutte contre les addictions (Grand-Est, Bourgogne-Franche-Comté, Occitanie, Provence-Alpes-Côte d'Azur, Ile-de-France, Normandie) ou populations spécifiques (Guadeloupe, Océan Indien).
- Le développement de la formation et de l'information :
  - formation des enseignants, des professionnels médicaux et paramédicaux ; formation des médecins de premier recours au repérage précoce et interventions brèves en alcoologie (Grand-Est, Nouvelle-Aquitaine, Bretagne, Bourgogne-Franche-Comté, Guadeloupe) ; formation de formateurs et d'intervenants auprès des jeunes (Grand-Est, Bourgogne-Franche-Comté) ;
  - site internet d'information et annuaire sur l'offre d'activité physique pour les personnes atteintes de maladies chroniques (Bretagne, Normandie), sur les ressources en addictologie (Guadeloupe) ;
  - actions sur la promotion de l'activité physique dans les écoles primaires (en partenariat avec l'USEP – Union sportive d'enseignement public) et d'information auprès des parents (Grand-Est) ;
  - débat régional « conduites à risques chez les jeunes » (Grand-Est) ;
  - programme de sensibilisation et séance d'activité physique (Occitanie).

La maîtrise du risque de cancers liés aux hépatites virales passe par l'appui au dispositif de vaccination et de dépistage des hépatites virales VHB/VHC

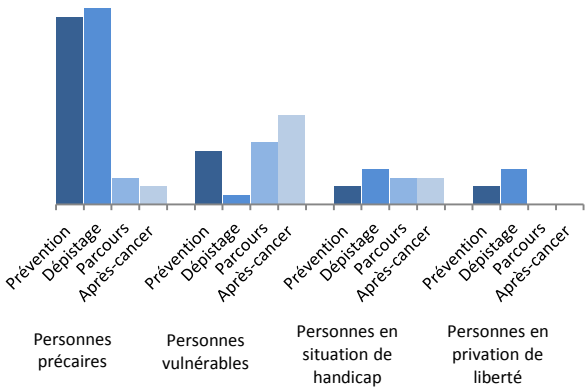
Dans ce cadre, les ARS ont soutenu la diffusion de campagnes d'information auprès de la population (Grand-Est, Nouvelle-Aquitaine, Bretagne, Normandie, Guadeloupe), mais aussi des professionnels de santé et des personnes relais intervenant auprès des populations exposées (Grand-Est, Bourgogne, Occitanie). Elles interviennent également dans la contractualisation et le financement des structures et réseaux d'intervention (Grand-Est, Bourgogne-Franche-Comté, Occitanie). Ces dispositifs ciblent particulièrement des populations spécifiques : vaccination pour les jeunes (étudiants en santé, collégiens), vaccination et dépistage chez les migrants, prostitués, usagers de drogues et personnes handicapées (Grand-Est, Bourgogne-Franche-Comté, Bretagne). Ce qui est rendu possible par l'implémentation des tests de dépistage rapide à orientation diagnostique (TROD), VHC (Grand-Est, Ile-de-France, Normandie, Occitanie) et la mise en place de réunions de concertation pluridisciplinaire spécifiques pour les porteurs du virus du VHC (Bretagne, Ile-de-France).

LA LUTTE CONTRE LES INÉGALITÉS FACE AU CANCER EN RÉGION

Les ARS fortement impliquées dans la lutte contre les inégalités face au cancer

Les ARS se sont particulièrement impliquées dans le domaine de la prévention et du dépistage, les actions relatives à ces domaines représentant les deux tiers de l'ensemble de lutte contre les inégalités face au cancer (graphique ci-dessous). Ce sont les personnes en situation de précarité qui bénéficient des actions portées par les ARS. Concernant les personnes les plus vulnérables, notamment les personnes âgées, une attention particulière est portée au parcours de soins et à l'accompagnement dans l'après-cancer.

Répartition des actions de lutte contre les inégalités mises en œuvre par l'ensemble des ARS



La lutte contre les inégalités face au cancer nécessite un diagnostic partagé entre les acteurs, permettant d'identifier des populations et/ou territoires prioritaires d'actions. Pour permettre une telle démarche, les ARS favorisent l'introduction de données socio-économiques individuelles (il en est ainsi du module « mode de vie » inscrit dans le système d'information de l'AP-HP) ou agrégées (par exemple les indices de défavorisation sociale utilisés par de nombreuses ARS). Ces analyses ont permis d'élaborer des cartographies de participation aux dépistages, de délais d'accès aux centres de soins (Hauts-de-France, Occitanie, Centre-Val-de-Loire, Ile-de-France, Auvergne-Rhône-Alpes, Normandie), mais aussi de définir des profils de population comme les portraits-robots de femmes non participantes au dépistage du cancer du sein en Ile-de-France. Des études ont été menées soit spécifiquement dédiées à l'accès aux dispositifs de la lutte contre le cancer des populations vulnérables (Hauts-de-France), soit plus largement sur les filières de soins existantes (Bourgogne-Franche-Comté) afin d'identifier des pistes d'amélioration.

S'appuyant sur ces diagnostics, des experts externes ont pu concevoir, dans le cadre d'ateliers, des actions concrètes et surtout reproductibles pour réduire les différences dans la prise en charge médicale et le parcours des personnes (Ile-de-France, Hauts-de-France, Bourgogne-Franche-Comté).

Des actions de lutte contre les inégalités qui concernent l'ensemble du parcours de santé

Les actions de lutte contre les inégalités mises en œuvre sur les territoires favorisent :

- l'accès à l'information pour une décision éclairée qui se traduit par :
  - un renforcement des dispositifs de communication : sensibilisation et informations de proximité pour les personnes vivant en milieu rural (Corse), promotion de l'arrêt du tabac vers les jeunes, personnes en situation de précarité, les usagers de drogue (Centre-Val-de-Loire) ;
  - un soutien à l'accès à l'information : définition d'outils d'information sur le traitement du cancer pour les personnes ayant une déficience intellectuelle (Occitanie) ; formation et financement de postes de médiateurs culturels (Guyane), d'ambassadeurs au dépistage organisé des cancers dans les quartiers prioritaires (Bourgogne-Franche-Comté) ; formation en socio-oncologie pour l'accompagnement social des patients et des proches (Martinique) ;
  - dans la Creuse, un partenariat entre la structure de gestion et La Poste permet une remise en main propre et commentée par le facteur du courrier de première relance afin de renforcer l'impact des invitations.
- l'accès aux différents dispositifs grâce à :
  - des actions partenariales pour activer des leviers financiers et culturels d'accessibilité au dépistage organisé des cancers (Ile-de-France), soutenir l'accès aux programmes de dépistage organisé des cancers pour les personnes en privation de liberté (Bourgogne-Franche-Comté), pour les personnes vivant dans les communes isolées (Guyane) ;
  - des actions renforçant l'adhésion aux dispositifs : remise commentée par le facteur, courriers envoyés dans le cadre du dépistage organisé du cancer colorectal (Nouvelle-Aquitaine), visiteuses médicales (Grand-Est) ;
  - des actions renforçant l'accessibilité aux dispositifs : remise des tests de recherche de sang occulte dans les selles pour le dépistage organisé du cancer colorectal par les pharmaciens (Bretagne), expérimentation des tests urinaires HPV pour les non-participantes au dépistage du cancer du col de l'utérus (Bretagne, Ile-de-France), campagne de dépistage VHB, VHC, VIH dans les lieux de distribution des restos du cœur (Bretagne), mammobile (Normandie).
- l'amélioration du parcours de soins :
  - la prise en compte de la vulnérabilité des populations pour une adaptation du dispositif : instauration d'une réunion de concertation pluridisciplinaire (RCP) sociale (Ile-de-France), adaptation des protocoles de soins pour des personnes handicapées (Pays de la Loire), parcours spécifiques pour personnes « difficiles à atteindre » (usagers de drogue au sein de la population carcérale et personnes migrantes) (Ile-de-France), consultation dédiée au retour à l'emploi après un cancer (Normandie), action de lutte contre les addictions auprès des jeunes,

personnes en situation de précarité et personnes sous main de justice (Bourgogne-Franche-Comté) ;

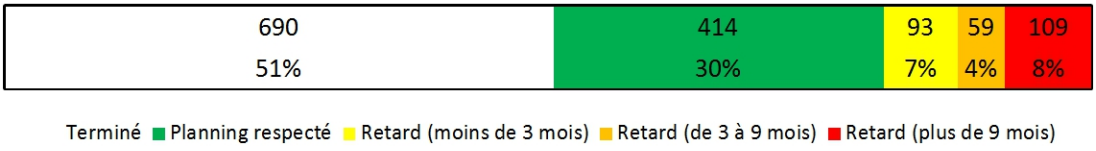
- le renforcement de l'accompagnement : infirmiers de coordination, accompagnement social aux soins de support, appui à la recherche clinique (Bourgogne-Franche-Comté), groupe de travail caisses d'assurance retraite et de la santé au travail (CARSAT)-maisons départementales des personnes handicapées (MDPH) (Centre-Val-de-Loire), dispositif d'accueil médicalisé dédié aux personnes sans domicile fixe (Hauts-de-France), création de 5 places dans les appartements de coordination thérapeutique, et appel à projets pour 4 places de lits halte soins santé (LHSS) (Corse), hébergement pour oncopédiatrie (Nouvelle-Aquitaine), d'un espace de soins de support par les associations (Corse), financement de personnels supplémentaires pour intervenir sur les lieux de vie des personnes en situation de précarité (Ile-de-France).

La mobilisation des outils de contractualisation en soutien à la démarche de lutte contre les inégalités face au cancer

Pour atteindre les objectifs qu'elles se sont fixés dans la lutte contre les inégalités face au cancer, les ARS ont pu mobiliser des outils de contractualisation : inscription dans les cadres stratégiques : CPOM État-ARS (Bretagne), CPOM ARS-opérateurs locaux (Occitanie, Normandie, Bretagne, Bourgogne-Franche-Comté), intégration de la thématique cancer dans les PRAPS et les PRS, mais aussi définition de contrats locaux de santé (CLS) centrés sur un diagnostic partagé des acteurs de santé (Bourgogne-Franche-Comté, Centre-Val-de-Loire, Corse, Hauts-de-France, Auvergne-Rhône-Alpes, Occitanie, Normandie), inscription des actions de dépistage dans les CLS, en priorisant sur les cantons où le taux de participation est faible (Auvergne-Rhône-Alpes, Bourgogne-Franche-Comté, Bretagne, Centre-Val-de-Loire, Ile-de-France, Occitanie, Hauts-de-France, Normandie, Provence-Alpes-Côte d'Azur, Océan indien), inscription dans les programmes de travail des ateliers santé-ville (ASV) (Normandie, Occitanie, Ile-de-France). Cette mobilisation a été soutenue par la mise en œuvre d'outils d'aide à la décision (Ile-de-France) et de démarches de modélisation d'actions portées par les associations régionales, travaillant auprès des populations en difficulté, afin d'identifier les actions reproductibles (Hauts-de-France). Un contrat d'objectifs et de performance est conclu dans le cadre d'une plateforme régionale pour formaliser le soutien à la démarche de lutte contre les inégalités face au cancer (Martinique).

AVANCEMENT DU PLAN CANCER : SYNTHÈSE DE L'AVANCEMENT ET TABLEAUX DE SUIVI

Le Plan cancer avance globalement selon le planning prévu : à mi-parcours, 690 des 1 365 jalons prévus d'ici la fin du Plan sont définitivement acquis, soit 51 % des jalons du Plan. Comme le planning de 414 autres jalons est strictement respecté, seuls 19 % des jalons du Plan sont en retard.



Ce rapport inclut une synthèse de l'état d'avancement des actions au 1er janvier 2017, ainsi que des tableaux de bord de suivi exhaustifs pour chacune des 208 actions.

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

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

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

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

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

Synthèse de l'état d'avancement des 208 actions au 1er janvier 2017

27 actions achevées

N°	Nom de l'action	Nombre de jalons		
		Total	Terminés	
2.13	Assurer aux adolescents et jeunes adultes une prise en charge tenant compte de leur spécificité et s'attachant au maintien du lien social.	4	4	100%
3.5	Préciser, en lien avec les professionnels et sur la base de données de la littérature, les actes de chirurgie oncologique pouvant être réalisés en ambulatoire.	1	1	100%
3.6	Pour les actes de chirurgie en ambulatoire ayant démontré leur bénéfice pour les patients et leur faisabilité, les inscrire dans la politique d'incitation tarifaire ou de contractualisation et mettre en place des indicateurs de qualité et de sécurité des soins.	4	4	100%
3.9	Favoriser la diffusion et l'évaluation des techniques de radiologie interventionnelle par les établissements pilotes.	1	1	100%
5.10	Lutter contre les inégalités d'accès aux médicaments et les pertes de chance.	3	3	100%
5.12	Accélérer le processus de tarification des actes et traitements innovants pour un accès plus rapide.	5	5	100%
7.5	Structurer sous la responsabilité des ARS une organisation territoriale mobilisant les acteurs sanitaires, sociaux et médico-sociaux impliqués pour assurer une prise en charge globale et coordonnée.	8	8	100%
9.2	Veiller aux besoins de compensation liés à la maladie et aux traitements des cancers de l'enfant.	2	2	100%
9.8	Permettre un meilleur accès aux revenus de remplacement en cas d'arrêt maladie.	3	3	100%
9.13	Instaurer un « droit à l'oubli ».	5	5	100%
9.15	Clarifier le rôle des médecins traitants et développer l'accompagnement des candidats à l'emprunt pour le remplissage des questionnaires de santé.	3	3	100%
10.2	Renouveler, agrandir et repositionner les avertissements sanitaires (65% de la surface, placés en haut, nouveaux textes et images) des conditionnements des cigarettes et de tabac à rouler, conformément à la directive 2014/40/UE.	3	3	100%
10.3	Interdire la publicité pour le tabac dans les lieux de vente.	1	1	100%
10.8	Interdire le vapotage dans certains lieux collectifs .	2	2	100%
10.12	Mettre en place un pictogramme « grossesse sans tabac » sur les contenants de produits du tabac.	5	5	100%
10.14	Développer le «e-coaching » (outils réalisés en lien avec l'Institut national de prévention et d'éducation pour la santé et la caisse nationale d'Assurance maladie des travailleurs salariés).	2	2	100%
10.15	Impliquer davantage les médecins généralistes dans la lutte contre le tabagisme, en incluant un indicateur dédié dans la rémunération sur objectif de santé publique.	3	3	100%
10.16	Développer une offre de proximité gratuite d'accompagnement à l'arrêt du tabac par la mobilisation des 430 centres de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie (CSAPA), de leurs 250 consultations jeunes consommateurs (CJC) et des 112 centres d'examen de santé de l'Assurance maladie.	3	3	100%
10.17	Améliorer le remboursement du sevrage du tabagique par le triplement du montant du forfait pour les publics prioritaires : jeunes de 20 à 30 ans, bénéficiaires de la CMU-C, personnes souffrant d'un cancer.	5	5	100%
10.19	Aménager les espaces fumeurs du ministère de manière à valoriser les espaces non fumeurs.	3	3	100%
10.20	Développer l'aide au sevrage du tabac des personnels du ministère.	1	1	100%
11.1	Améliorer le respect des mesures d'encadrement de l'offre de l'alcool.	2	2	100%
11.11	Développer l'éducation à la santé en milieu scolaire.	3	3	100%
15.6	Mettre à disposition des indicateurs d'évaluation de la lutte contre les cancers.	1	1	100%
15.8	Sécuriser l'accès aux données et l'interopérabilité tout en assurant la confidentialité.	3	3	100%
16.1	Afin de conforter la synergie recherche/santé, affirmer l'INCa comme opérateur des ministères de la santé et la recherche dans le champ du cancer.	2	2	100%

N°	Nom de l'action	Nombre de jalons		
		Total	Terminés	
16.3	Associer la MILDT aux actions du Plan cancer à mener dans le domaine de la lutte contre les drogues et les conduites addictives, ainsi qu'à leur suivi.	2	2	100%

43 actions en planning respecté avec 63% de jalons réalisés

N°	Nom de l'action	Nombre de jalons		
		Total	Terminés	
1.3	Assurer aux femmes chez lesquelles une anomalie a été détectée (cancer du col de l'utérus) une prise en charge adaptée.	4	2	50%
2.5	Réviser et faire évoluer les critères d'agrément à la prise en charge du cancer par l'INCa avec l'appui de groupes d'experts, pour améliorer notamment l'orientation des situations complexes.	3	1	33%
2.8	S'assurer qu'un patient nécessitant une prise en charge complexe soit adressé vers une équipe ayant les compétences et la capacité technique adaptées.	4	3	75%
2.14	Harmoniser l'organisation des dispositifs de double lecture des prélèvements tumoraux entre les différents cancers rares de l'adulte et mettre en place un dispositif de double lecture des tumeurs solides malignes de l'enfant.	6	4	67%
5.4	Associer les patients et leurs représentants aux essais cliniques et dans le parcours permettant l'accès à ces recherches.	7	3	43%
5.7	Faire évoluer les dispositifs d'évaluation des médicaments anticancéreux.	8	5	63%
5.9	Anticiper l'impact économique de l'innovation pour garantir son accès à tous dans la durée.	3	2	67%
6.1	Faire évoluer le dispositif d'oncogénétique et améliorer son accès.	15	7	47%
6.2	Conforter l'accès aux tests moléculaires.	11	6	55%
6.5	Générer et comprendre les grandes données.	5	3	60%
6.7	Développer des algorithmes d'identification des anomalies moléculaires responsables des cancers et rendre prioritaires les projets visant à développer les outils d'aide à la décision thérapeutique dans le cadre du programme de recherche sur la performance du système de soins.	0		
7.11	Promouvoir l'accès à des solutions d'hébergement adaptées à l'évolution des prises en charge.	4	3	75%
7.12	Ouvrir aux personnes atteintes de cancer les plus démunies l'accès à une offre élargie d'alternatives au domicile.	6	4	67%
7.14	Promouvoir le développement de programmes d'éducation thérapeutique des patients.	10	5	50%
7.15	Soutenir des expériences de « patients ressources » bénévoles et évaluer l'apport et les conditions de leur participation à l'accompagnement des personnes atteintes de cancer.	14	9	64%
7.16	Améliorer l'information sur les essais cliniques en cancérologie.	3	2	67%
8.3	Améliorer la prise en compte des séquelles physiques des traitements des cancers.	8	5	63%
9.12	ObJectiver les restes à charge des personnes atteintes de cancer.	3	2	67%
9.17	Conforter et coordonner les dispositifs d'observation et de recherche sur la vie pendant et après le cancer.	20	17	85%
10.1	Mettre en place le paquet neutre standardisé pour les cigarettes et le tabac à rouler.	8	5	63%
10.4	Interdire les arômes perceptibles dans les produits du tabac, conformément à la directive 2014/40/UE.	4	3	75%
10.5	Interdire de fumer dans un véhicule en présence de mineurs de moins de 12 ans .	2	1	50%
10.6	Interdire de fumer dans les espaces publics de jeux dédiés aux enfants .	2	1	50%
10.7	Habiliter les polices municipales à contrôler l'interdiction de fumer dans les lieux publics.	2	1	50%
10.10	Habiliter les polices municipales à contrôler l'interdiction de vente aux mineurs.	3	2	67%
10.13	Promouvoir auprès des professionnels et du grand public le numéro d'appel unique « 39 89 » et le site tabac-info-service.	7	5	71%
10.18	Élargir l'éventail des professionnels pouvant intervenir dans la prise en charge de l'arrêt du tabac : médecins des services de prévention (santé au travail, etc.), infirmiers, sages femmes (autorisation pour les sages femmes de prescrire des substituts nicotiniques à l'entourage fumeur de femmes enceintes).	5	4	80%
11.3	Améliorer les connaissances sur les liens entre alcool et cancer.	5	3	60%

N°	Nom de l'action	Nombre de jalons		
		Total	Terminés	
11.12	Éclairer les choix individuels en clarifiant la hiérarchie des facteurs de risque de cancers.	10	8	80%
12.3	Améliorer l'identification des cancers d'origine professionnelle pour permettre leur reconnaissance en maladie professionnelle.	10	5	50%
13.1	Garantir l'indépendance et la créativité de la recherche en assurant un taux de financement pour la recherche fondamentale sur le cancer supérieur à 50 % des crédits de l'ensemble des appels à projets de l'INCa et de l'Aviesan cancer.	12	6	50%
13.2	Soutenir le continuum entre une recherche fondamentale d'excellence et la recherche clinique dans les sites de recherche intégrée sur le cancer (SIRIC).	11	8	73%
13.4	Renforcer l'attractivité des métiers de la recherche en cancérologie.	7	4	57%
13.5	Partager les informations et les données aux niveaux national et international entre professionnels et avec le grand public.	4	3	75%
14.1	Généraliser pour le cancer la participation des usagers dans les instances de pilotage, de gestion ou de production de soins ou de recherche.	11	6	55%
14.4	Évaluer de façon qualitative, au terme du Plan cancer, les dispositifs de démocratie sanitaire déployés.	1	0	0%
15.10	Assurer la synergie des acteurs dans le domaine de l'observation et de l'évaluation.	7	5	71%
16.2	Renforcer le rôle de pilotage technique et d'animation régulière et décloisonnée des structures de la cancérologie par l'INCa en appui au pilotage stratégique des ministères de la santé et de la recherche.	13	8	62%
16.6	Recentrer les missions des cancéropôles sur des champs non couverts par d'autres organisations (émergence de projets dans des thématiques et technologies innovantes et de jeunes équipes, priorités régionales ou interrégionales de recherche incluant sa valorisation).	10	6	60%
16.8	Articuler les actions des SIRIC et des cancéropôles pour renforcer les forces de recherche sur un territoire donné.	8	4	50%
16.9	Soutenir le développement des programmes de lutte contre le cancer des agences internationales, notamment leurs volets d'actions envers les pays francophones de l'Afrique subsaharienne et du sud de la Méditerranée.	9	8	89%
16.10	Développer des réseaux collaboratifs entre la France et les pays du sud dans le domaine de la recherche et de la santé publique, en s'appuyant notamment sur les infrastructures développées par les partenaires d'Aviesan Sud (IRD, Instituts Pasteur, Fondation Mérieux, etc.) dans les pays ciblés.	13	11	85%
16.11	Participer activement aux actions de coordination des financeurs internationaux de la recherche sur le cancer et les prolonger avec les pays européens et les États-Unis, et avec les pays émergents en proposant des solutions partagées par tous.	10	3	30%

32 actions en retard de moins de 3 mois avec 48% de jalons réalisés

N°	Nom de l'action	Nombre de jalons		
		Total	Terminés	
1.2	Améliorer le taux de couverture de la vaccination par le vaccin anti-papillomavirus en renforçant la mobilisation des médecins traitants et en diversifiant les accès, notamment avec gratuité, pour les jeunes filles concernées.	5	3	60%
1.5	Proposer, par le médecin traitant, à chaque personne la modalité de dépistage et de suivi adaptée à son niveau de risque de cancer du sein ou de cancer colorectal, en intégrant les personnes à risque aggravé dans les programmes de dépistages, avec l'appui des structures de gestion et de l'Assurance maladie.	8	2	25%
1.7	Lutter contre les inégalités d'accès et de recours aux programmes de dépistage.	18	9	50%
1.9	Améliorer l'information des populations concernées par les dépistages pour leur permettre de faire des choix éclairés.	13	6	46%
2.4	Garantir une amélioration de la qualité et sécurité des prises en charge en mobilisant les dispositifs de certification, d'accréditation et en assurant une diffusion publique des indicateurs de qualité.	9	5	56%
2.7	Définir et diffuser auprès des professionnels de santé et du public les pratiques cliniques de référence.	8	3	38%

N°	Nom de l'action	Nombre de jalons		
		Total	Terminés	
2.10	Garantir à chaque malade que la proposition thérapeutique qui lui est faite a pu s'appuyer sur l'avis d'une RCP spécialisée lorsque la situation ou la complexité de sa prise en charge le justifient.	4	2	50%
2.22	Mettre à disposition des professionnels de premier recours des outils de bonnes pratiques pour l'organisation des parcours de soins en ambulatoire.	7	2	29%
3.3	Impliquer le patient en développant l'éducation thérapeutique en cancérologie.	6	1	17%
5.1	Optimiser l'organisation de la recherche translationelle en associant les financements institutionnels (DGOS/ITMO Cancer/INCa via le budget de l'ANR) dans des appels à projets uniques de l'INCa.	15	5	33%
6.4	Soutenir la mise en œuvre et la réalisation du séquençage à haut débit de l'ensemble des cancers à la fin du Plan.	9	3	33%
7.6	Assurer une orientation adéquate vers les soins de support pour tous les malades.	6	4	67%
7.8	Apporter des solutions de garde d'enfants pendant les rendez-vous médicaux et les traitements des parents.	3	2	67%
7.10	Mieux prendre en compte les besoins des aidants familiaux ou proches aidants.	2	1	50%
8.5	Mieux prendre en considération la consommation d'alcool des patients atteints de cancer et informer sur ses dangers.	4	0	0%
8.7	Favoriser l'observation et la recherche dédiée à la prévention des risques de second cancer.	7	5	71%
9.10	Permettre un égal accès aux actes et dispositifs de reconstruction après un cancer.	6	3	50%
9.16	Suivre l'évolution de l'impact de la convention AERAS sur la durée du Plan.	6	2	33%
10.9	Restreindre la publicité en faveur des dispositifs électroniques de vapotage : rappeler les modalités possibles de publicité dans une circulaire puis interdire la publicité pour ces produits et les liquides associés.	3	2	67%
10.11	Montrer les méfaits du tabac par une augmentation de la communication en direction des fumeurs.	5	4	80%
10.21	Élaborer un plan interministériel de lutte contre le commerce illicite de tabac.	7	5	71%
10.22	Étudier la mise en place d'un site dédié à la transparence des activités de l'industrie du tabac sur le modèle de celui conçu pour l'industrie pharmaceutique.	4	1	25%
10.23	Créer un fonds dédié à la lutte contre le tabac et accroître les moyens dédiés à cette lutte.	3	2	67%
10.24	Mettre à contribution l'industrie du tabac pour financer ce fonds.	3	1	33%
11.4	Expérimenter et conduire des actions de prévention de la consommation excessive d'alcool.	4	3	75%
11.7	Faciliter pour tous et à tout âge la pratique de l'activité physique au quotidien.	11	8	73%
12.1	Renforcer la prévention primaire en milieu de travail pour réduire l'exposition aux agents cancérogènes (biologiques, physiques, chimiques).	12	7	58%
12.8	Diminuer l'exposition aux rayonnements ultraviolets artificiels et naturels.	10	6	60%
12.9	Sensibiliser le public sur la façon de réduire l'exposition aux substances classées cancérogènes possibles, notamment chez la femme enceinte et les enfants en bas âge (par exemple exposition aux pesticides et biocides à usage domestique).	6	3	50%
15.1	Mieux comprendre les inégalités sociales et géographiques face aux cancers.	7	4	57%
15.2	Renforcer l'évaluation de l'accès et du recours au dépistage organisé des cancers.	6	1	17%
16.7	À l'issue des cinq années d'existence des 8 SIRIC, organiser en 2016 un nouvel appel à candidatures ouvert aux structures précédemment financées ou à de nouveaux projets.	5	2	40%

31 actions en retard entre 3 et 9 mois avec 41% de jalons réalisés

N°	Nom de l'action	Nombre de jalons		
		Total	Terminés	
1.4	Mettre en place une évaluation de la stratégie de lutte contre le cancer du col de l'utérus pour guider et réajuster les dispositifs.	9	2	22%
2.1	Garantir aux patients, avec l'appui du médecin généraliste ou de l'équipe de premier recours, un premier rendez-vous avec l'équipe de cancérologie la plus adaptée à leur situation et dans un délai rapide.	7	0	0%

N°	Nom de l'action	Nombre de jalons		
		Total	Terminés	
2.11	Renforcer les conditions de la réalisation des allogreffes et des autogreffes de cellules souches hématopoïétiques et évaluer le dispositif au regard des besoins territoriaux et de la qualité.	23	8	35%
2.15	Identifier et labelliser des centres de référence au niveau national pour les prises en charge des enfants présentant des tumeurs rares.	4	2	50%
2.17	Inclure une formation en gériatrie dans le DES d'oncologie et dans la formation de cancérologie.	4	2	50%
2.19	Généraliser le dossier communicant de cancérologie (DCC) et mobiliser les outils de communication numérique au service de la coordination ville-hôpital.	19	9	47%
2.20	Faire évoluer les programmes personnalisés de soins (PPS) et de l'après-cancer (PPAC), intégrés à terme dans le DCC, vers des outils opérationnels de déclinaison de la prise en charge et d'interface ville-hôpital. (en lien avec l'action 7.3).	8	4	50%
3.1	Définir les bonnes pratiques d'utilisation des chimiothérapies orales pour accompagner les professionnels en ville et à l'hôpital.	8	3	38%
3.7	Soutenir la réorganisation des services pour le développement de la chirurgie ambulatoire avec une phase d'expérimentations et d'aide à la conduite du changement dans des sites pilotes dans un premier temps.	7	4	57%
4.7	Pour réduire les inégalités territoriales, éclairer les décisions publiques dans l'ouverture de postes en cancérologie par un échange annuel entre les ARS, la conférence des présidents d'université, les ministères de la santé et recherche et l'INCa en s'appuyant notamment sur l'analyse de la démographie médicale réalisée par l'INCa et l'ONDPS.	4	3	75%
5.3	Poursuivre l'effort de développement de centres d'essais précoces (CLIP2) pour une meilleure couverture territoriale et favoriser la création de centres dédiés aux enfants.	14	7	50%
5.5	Définir des priorités en matière de développement des médicaments anticancéreux.	7	2	29%
5.6	Adapter les essais cliniques aux évolutions conceptuelles induites par l'arrivée des thérapies ciblées.	9	3	33%
7.1	Garantir aux malades une orientation adéquate dès le diagnostic de cancer.	7	2	29%
7.2	Adapter et renforcer le dispositif d'annonce.	3	0	0%
7.3	Permettre à chacun de disposer de programmes personnalisés de soins et de l'après-cancer prenant en compte l'ensemble de ses besoins.	5	3	60%
7.9	Faciliter l'accès des personnes atteintes de cancer qui en ont besoin aux aides à domicile.	4	3	75%
7.13	Rendre accessible aux malades et aux proches une information adaptée.	6	2	33%
9.4	Parfaire l'offre de solutions adaptées à chaque situation personnelle des personnes atteintes de cancer.	12	4	33%
9.5	Responsabiliser l'entreprise dans toutes ses composantes sur l'objectif de maintien dans l'emploi ou la réinsertion professionnelle.	8	4	50%
9.6	Progresser dans la coordination territoriale des différents acteurs qui interviennent pour le maintien dans l'emploi ou son accès.	12	4	33%
9.7	Valoriser le travail réalisé sur le maintien dans l'emploi pour le faire connaître et le développer.	9	3	33%
9.9	Atténuer les surcoûts pour la famille liés à l'accompagnement d'un enfant malade.	4	3	75%
9.14	Harmoniser les questionnaires de santé par pathologie.	1	0	0%
11.14	Faire de la recherche interventionnelle un véritable outil de prévention et de changement de comportements.	18	5	28%
12.2	Renforcer le suivi médical des personnes exposées à des risques de cancers professionnels.	4	2	50%
12.5	Développer l'observation et la surveillance et améliorer la connaissance concernant les cancers liés aux expositions environnementales en population générale.	20	10	50%
14.5	Apporter une formation spécifique aux représentants des usagers et à leurs interlocuteurs professionnels (administrateurs ou professionnels de santé et de la recherche) dans un objectif de co-construction des politiques et des actions de lutte contre les cancers.	5	2	40%
15.4	Appréhender les parcours de soins grâce à la « cohorte cancer ».	10	5	50%
15.5	Développer l'évaluation en économie de la santé.	8	5	63%

N°	Nom de l'action	Nombre de jalons		
		Total	Terminés	
15.9	Valoriser l'observation et les données en permettant leur appropriation et exploitation par le plus grand nombre.	9	4	44%

62 actions en retard de plus de 9 mois avec 41% de jalons réalisés

N°	Nom de l'action	Nombre de jalons		
		Total	Terminés	
1.1	Permettre à chaque femme de 25 à 65 ans l'accès à un dépistage régulier du cancer du col utérin via un programme national de dépistage organisé.	13	6	46%
1.6	Accroître l'efficacité des programmes de dépistage organisé du cancer du sein et du cancer colorectal.	9	6	67%
1.10	Veiller à la pertinence des pratiques en matière de dépistage individuel ; encadrer et limiter les pratiques dont l'efficacité n'est pas avérée voire délétère.	9	4	44%
1.11	Développer et accompagner le transfert des innovations technologiques et organisationnelles en matière de dépistage des cancers.	11	3	27%
2.2	Développer une politique active de maîtrise des délais de prise en charge.	12	5	42%
2.3	Réduire les inégalités territoriales et harmoniser les délais d'accès à l'IRM et à la TEP.	11	5	45%
2.6	Faire évoluer le périmètre des autorisations de traitement du cancer prenant en compte les changements dans les techniques de prises en charge et l'accès à l'innovation.	16	7	44%
2.9	Définir dans chaque discipline de prise en charge ce qui relève d'un équipement de « centre de proximité » et ce qui relève d'une structure de « recours » intégrant des techniques hautement spécialisées.	4	0	0%
2.12	Faciliter pour chaque patient l'accès à un second avis concernant sa prise en charge et les options thérapeutiques, conformément à la loi du 4 mars 2002.	7	2	29%
2.16	Améliorer la prise en charge des personnes âgées atteintes de cancer et la prise en compte de leurs besoins spécifiques, notamment en s'appuyant sur une recherche clinique renforcée pour cette population.	5	3	60%
2.21	Développer la télémédecine notamment pour les départements d'outre-mer dans le cadre de la Stratégie nationale de santé.	3	2	67%
3.2	Adapter les organisations à l'essor des chimiothérapies orales.	14	11	79%
3.4	Définir les conditions de sécurité et de qualité de délivrance et d'administration des anticancéreux à domicile.	7	4	57%
3.8	Améliorer la lisibilité de l'offre en identifiant les équipes pratiquant la radiologie interventionnelle, et le repérage des actes concernés et identifier et mener les évolutions nécessaires du dispositif réglementaire et tarifaire.	10	4	40%
3.11	Garantir une offre adaptée en équipements de radiothérapie sur le territoire et en améliorer la lisibilité afin de faciliter les orientations adéquates des patients et réduire les délais d'accès.	12	8	67%
3.12	Harmoniser et rapprocher le système de codage des actes de radiothérapie dans les secteurs publics et privés, afin de pouvoir piloter une politique nationale en matière de radiothérapie.	13	8	62%
3.14	Évaluer globalement la démarche de qualité/analyse de risque de radiothérapie, mise en place et soutenue dans le cadre du Plan cancer 2009-2013, et inciter les équipes à s'inscrire dans une démarche d'évaluation médico-économique.	14	4	29%
3.15	Organiser un maillage territorial adapté pour les équipements de haute technicité en s'appuyant sur des recommandations sur leurs indications.	12	7	58%
3.16	Réguler au niveau national l'offre en équipement lourd, particulièrement coûteux (exemple : protonthérapie).	7	3	43%
4.1	Créer le métier d'infirmier en pratique avancée et le déployer prioritairement dans le champ de la cancérologie.	5	1	20%
4.2	Reconnaître pleinement la profession de radiophysicien en tant que profession de santé en prenant des mesures d'ordre réglementaire dans le code de la santé publique.	5	1	20%
4.3	Reconnaître la profession de dosimétriste en tant que profession de santé.	6	1	17%
4.4	Améliorer la formation diplômante des médecins cancérologues.	5	1	20%
4.5	Garantir la qualité des formations initiales et continues en cancérologie.	1	0	0%
4.6	Améliorer la formation des professionnels de l'anatomocyto-pathologie.	4	1	25%

N°	Nom de l'action	Nombre de jalons		
		Total	Terminés	
5.2	Inclure 50 000 patients par an dans des essais thérapeutiques en 2019.	8	2	25%
5.8	Faire évoluer les dispositifs de valorisation des médicaments anticancéreux.	8	6	75%
5.11	Clarifier le processus de repérage et d'évaluation des innovations technologiques et des évolutions organisationnelles qu'elles engendrent.	11	3	27%
5.13	Accompagner les projets de valorisation des innovations technologiques en imagerie, chirurgie et robotique, et dans les nouvelles sources biophysiques, conformément au contrat de la filière Industries et technologies de santé.	6	2	33%
6.3	Mettre en œuvre dès 2014 des essais cliniques incluant l'analyse de l'exome tumoral sur 3 000 patients atteints de cancers du sein, cancers du côlon, cancers du poumon et sarcomes pour démontrer la faisabilité à grande échelle de ces approches et leur utilité dans la prise en charge des patients.	6	2	33%
6.6	Intégrer les études génomiques des cancers dans une vision scientifique globale de l'hétérogénéité des tumeurs et de leurs relations avec le stroma et le système immunitaire.	9	2	22%
7.4	Garantir au patient l'articulation entre l'hôpital et la ville à l'occasion de la consultation de fin de traitement.	7	3	43%
7.7	Améliorer l'accès à des soins de support de qualité.	11	7	64%
8.1	Assurer l'accès à la préservation de la fertilité.	14	2	14%
8.2	Structurer le suivi de long terme des enfants et adolescents.	2	0	0%
8.4	Systématiser l'accompagnement au sevrage tabagique des malades atteints de cancer.	10	6	60%
8.6	Promouvoir chez les patients atteints de cancer l'activité physique et les comportements nutritionnels adaptés.	6	3	50%
9.1	Améliorer l'accès aux aménagements pour le maintien de la scolarisation.	7	2	29%
9.3	Sécuriser le parcours des étudiants atteints de cancer dans l'enseignement supérieur.	6	4	67%
9.11	Accroître la prise en charge des prothèses externes (capillaires et mammaires).	6	4	67%
9.18	Étudier les trajectoires des personnes atteintes de cancer à travers les bases de données publiques et les cohortes en population.	10	2	20%
11.2	Aider les personnes à l'arrêt de la consommation excessive d'alcool.	4	3	75%
11.5	Faciliter les choix alimentaires favorables à la santé.	9	0	0%
11.6	Développer l'éducation et la promotion de la nutrition et de la pratique physique.	8	4	50%
11.8	Améliorer la couverture vaccinale anti-VHB en informant la population et les professionnels de santé sur le ratio bénéfice/risque de la vaccination.	4	3	75%
11.9	Sensibiliser les professionnels de santé à l'intérêt pour leurs patients infectés par le VHB ou le VHC de contrôler leur consommation d'alcool, de tabac et leur poids afin de réduire le risque de cancer du foie.	3	0	0%
11.10	Développer le dépistage des personnes exposées au risque d'hépatite B et C pour favoriser l'accès à la prise en charge.	9	5	56%
12.4	Soutenir la surveillance épidémiologique et la recherche pour améliorer les connaissances sur les cancers professionnels.	10	2	20%
12.6	Réduire l'exposition de la population aux polluants atmosphériques aux valeurs limites européennes définies en 2010.	1	0	0%
12.7	Diminuer l'exposition de la population aux rayonnements ionisants à visée diagnostique.	11	2	18%
13.3	Faire évoluer les formations initiales pour répondre aux besoins de la recherche en cancérologie.	1	0	0%
14.2	Identifier les expériences et les pratiques innovantes en termes de participation des usagers et des personnes malades.	10	1	10%
14.3	Établir un bilan critique de ces expériences et formuler des objectifs et des recommandations pour le déploiement de la démocratie sanitaire dans les instances de pilotage et de coordination.	6	0	0%
15.3	Faire du dossier communicant de cancérologie un outil d'observation et d'évaluation des soins au niveau local, régional et national.	7	2	29%
15.7	Conforter la surveillance et l'observation épidémiologiques des cancers à partir des registres.	11	4	36%
16.4	Garantir à l'ARS un appui régional fort dans le champ de la cancérologie en misant sur le rapprochement des structures.	4	2	50%

N°	Nom de l'action	Nombre de jalons		
		Total	Terminés	
16.5	Structurer l'organisation territoriale de proximité autour de l'objectif de continuité et de globalité des parcours de prise en charge.	8	5	63%
17.3	Mener plus globalement dans le cadre du Comité de réforme de la tarification hospitalière une réflexion dédiée à l'accompagnement des innovations dans le champ de la cancérologie.	15	11	73%
17.6	Mettre en œuvre dans le domaine du cancer une des expérimentations de « tarification au parcours ».	9	6	67%
17.7	Apporter des solutions aux établissements de santé de soins de suite et de réadaptation, aux unités de soins de longue durée, aux maisons de retraite et aux maisons d'accueil spécialisées, concernant le financement des molécules onéreuses.	3	0	0%
17.12	Conforter le suivi scientifique des projets financés.	7	2	29%
17.13	Développer des outils partagés d'évaluation des projets de la recherche en cancérologie.	5	1	20%

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

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

I. GUÉRIR PLUS DE PERSONNES MALADES

O 1 : FAVORISER DES DIAGNOSTICS PLUS PRÉCOCES

Indicateur	Valeur	Date	*Rappel cible*	
Taux de couverture du dépistage organisé ou spontané du cancer du sein des femmes de 50-74 ans Source : Échantillon généraliste des bénéficiaires (SNIIR-AM). Traitement : Santé publique France.	Taux de couverture période 2013-2014 55,8 %	31/12/16	*75 %*	*31/12/18*
Taux de couverture du dépistage par frottis cervico-utérin des femmes âgées de 25 à 65 ans dans les 3 dernières années Source : Données de l'échantillon généraliste des bénéficiaires (SNIIR-AM). Traitement : Santé publique France.	Taux de participation pour les années 2012-2014 50,79 %	31/12/14	*80 %*	*31/12/18*
Taux de Couverture vaccinale contre le HPV pour 1 dose et pour 2 doses chez les femmes de 19 ans révolus Source : Données de l'échantillon généraliste des bénéficiaires (SNIIR-AM). Traitement : Santé publique France.	1 dose 49,79 %	31/12/15	*60 %*	*31/12/18*
	3 doses correspondant à vaccination complète (jeunes filles non encore concernées par le changement de schéma vaccinal en 2014) 34,66 %	31/12/15	*60 %*	*31/12/18*
Taux de Couverture vaccinale contre le HPV pour 1 dose et pour 2 doses chez les jeunes filles de 15 ans révolus Source : Données de l'échantillon généraliste des bénéficiaires (SNIIR-AM). Traitement : Santé publique France.	1 dose chez les jeunes filles de 14 ans révolus. L'âge de 14 ans révolus nous semble plus pertinent, les jeunes filles devant avoir initié la vaccination HPV avant 15 ans en France. Pour information, la valeur de cet indicateur était 19,2% l'année précédente (31/1/2014). 20,35 %	31/12/15	*60 %*	*31/12/18*
	3 doses correspondant à vaccination complète (jeunes filles non encore concernées par le changement de schéma vaccinal en 2014) 13,58 %	31/12/15	*60 %*	*31/12/18*
Taux de participation au dépistage organisé du cancer colorectal des personnes de 50-74 ans Source : Bases de données des structures de gestion des dépistages organisés de cancers, niveau départemental. Traitement : Santé publique France.	En raison du changement de test intervenu mi année 2015, le taux de participation pour la période 2014-2015 n'a pas été calculé. Le taux pour la période 2015-2016 sera disponible en mars 2017. ND	31/12/15	*65 %*	*31/12/18*

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

N°	Libellé	Responsable de l'action	Jalons terminés	État calculé de l'action
1.1	Permettre à chaque femme de 25 à 65 ans l'accès à un dépistage régulier du cancer du col utérin via un programme national de dépistage organisé.	DGS	6 sur 13 (46%)	Retard (plus de 9 mois)

Jalon	Fin prévue le	État du Jalon
Présentation du calendrier de mise en œuvre de la généralisation du dépistage du CCU au comité stratégique des dépistages des cancers par la DGS	01/06/14	Terminé
Lancement de l'étude médico-économique sur la généralisation du dépistage du cancer du col de l'utérus par l'INCa	01/10/14	Terminé
Remise du rapport d'analyse économique sur la généralisation du dépistage du cancer du col de l'utérus (INCa)	01/03/15	Terminé
Déclinaison dans les contrats locaux de santé, signés par les ARS, de l'objectif de lutte contre les inégalités d'accès et de recours au dépistage	31/12/15	En cours - Retard (plus de 9 mois)
Note de proposition d'options stratégiques au cabinet (DGS)	31/12/15	Terminé
Préfiguration du dépistage organisé : instruction aux ARS	15/06/16	Terminé
Présentation de la stratégie de généralisation du dépistage du cancer du col de l'utérus au comité stratégique des dépistages des cancers	30/06/16	Terminé
Séminaire ARS et acteurs des dépistages sur la mise en oeuvre de la généralisation du dépistage du cancer du col de l'utérus	31/12/16	Non débuté - Retard (moins de 3 mois)

Concernant la déclinaison dans les contrats locaux de santé, l'état d'avancement de cette action est associé à la mise en œuvre de l'action 1.7. pilotée par l'INCa. La déclinaison plus spécifique du DO CCU interviendra dans un second temps après la phase de généralisation nationale.

N°	Libellé	Responsable de l'action	Jalons terminés	État calculé de l'action
1.2	Améliorer le taux de couverture de la vaccination par le vaccin anti-papillomavirus en renforçant la mobilisation des médecins traitants et en diversifiant les accès, notamment avec gratuité, pour les jeunes filles concernées.	DGS	3 sur 5 (60%)	Retard (moins de 3 mois)

Jalon	Fin prévue le	État du Jalon
Prise en charge du vaccin à 65 % par la CNAMTS et diversification des lieux de vaccination (CDAG - CIDDIST)	31/12/14	Terminé
Texte normatif pour moderniser les centres de vaccination	31/12/15	Terminé
Mise en place d'une coordination DGS/agences sur la stratégie de communication HPV	20/01/16	Terminé
Passation d'un marché public pour lancer des études en SHS et épidémiologie descriptive sur l'acceptabilité de la vaccination en milieu scolaire	31/12/16	En cours - Retard (moins de 3 mois)

Les Centres gratuits d'information, de dépistage et de diagnostic (CeGIDD) des infections par les virus de l'immunodéficience humaine, des hépatites virales et des infections sexuellement transmissibles se mettent en place depuis le 1er janvier 2016 .

Un élargissement des centres pouvant vacciner a été introduit par la LMSS du 26/01/16. Une note d' information aux ARS a été adressée par le DGS le 19 septembre, relative à l'habilitation des structures réalisant des vaccinations gratuites en application des articles L. 3111-11 et L. 3112-3 du code de la santé publique.

Le jalon relatif aux études en SHS et épidémiologie descriptive sur l'acceptabilité de la vaccination en milieu scolaire a commencé le 28 avril 2015. La revue de littérature réalisée (état des connaissances, des leviers et des freins, acceptabilité d'une intervention en milieu scolaire) va permettre de définir les axes de recherche de l'appel à projet qui devrait être lancé début 2017.

N°	Libellé	Responsable de l'action	Jalons terminés	État calculé de l'action
1.3	Assurer aux femmes chez lesquelles une anomalie a été détectée (cancer du col de l'utérus) une prise en charge adaptée.	INCa	2 sur 4 (50%)	Planning respecté

Les recommandations professionnelles portant sur la conduite à tenir devant une femme ayant un frottis cervico-utérin anormal sont en cours d'élaboration selon le planning. Après publication de la note de cadrage et constitution du groupe d'experts, l'analyse de la littérature a été réalisée et le groupe de travail s'est déjà réuni à plusieurs reprises.

N°	Libellé	Responsable de l'action	Jalons terminés	État calculé de l'action
1.4	Mettre en place une évaluation de la stratégie de lutte contre le cancer du col de l'utérus pour guider et réajuster les dispositifs.	INCa	2 sur 9 (22%)	Retard (de 3 à 9 mois)

Jalon	Fin prévue le	État du Jalon
Analyse de la pratique en matière de dépistage par frottis (T0) (enquête et SNIIRAM)	30/06/15	Terminé
Analyse des pratiques et de l'accès effectif au dépistage CCU des personnes vulnérables (T0) (enquête ad hoc)	30/06/16	Non débuté - Retard (de 3 à 9 mois)
Rapport de l'étude médico-économique (phase 2) sur la généralisation du dépistage du cancer du col de l'utérus	31/12/16	Terminé

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

N°	Libellé	Responsable de l'action	Jalons terminés	État calculé de l'action
1.5	Proposer, par le médecin traitant, à chaque personne la modalité de dépistage et de suivi adaptée à son niveau de risque de cancer du sein ou de cancer colorectal, en intégrant les personnes à risque aggravé dans les programmes de dépistages, avec l'appui des structures de gestion et de l'Assurance maladie.	INCa	2 sur 8 (25%)	Retard (moins de 3 mois)

Jalon	Fin prévue le	État du Jalon
Mise à jour des recommandations sur le dépistage des femmes à risque très élevé (BRCA1-BRCA2)	30/06/15	Terminé
Lancement d'un AAP en vue d'expérimentations de procédures d'invitation au dépistage du cancer du sein selon le niveau de risque	30/06/16	Terminé
Analyse des pratiques, de l'accès et de la participation à un suivi des personnes à risque élevé/très élevé de cancer du sein (Enquête adhoc-T0)	31/12/16	Non débuté - Retard (moins de 3 mois)

Les recommandations sur le dépistage des femmes à risque très élevé (BRCA1-BRCA2) ont été mises à jour, la publication est en attente d'un avis sollicité auprès de l'ANSM (caractère hors AMM d'utilisation de l'hormonothérapie).

Concernant les systèmes d'information des dépistages, les travaux menés en 2016 ont permis de réaliser, en lien avec les dispositifs d'oncogénétique, un état des lieux des logiciels métiers disponibles, un recensement des besoins et la description de trois schémas potentiels. Une phase de concertation sur le scénario cible a été engagée au dernier trimestre 2016.

Un appel à projets a été lancé en 2016 sur le sujet de la prise en compte du dépistage des niveaux de risque. Quatre projets ont été retenus, ils concernent le dépistage du cancer colorectal. L'un d'entre eux concerne la formation des médecins généralistes à l'approche centrée Patient.

Trois autres projets issus de l'appel à projets précédent sont en cours et devraient faire l'objet de premiers résultats en 2017.

A la suite à un premier appel d'offres pour la réalisation d'une étude médico-économique du dépistage du cancer colorectal, classé infructueux, la procédure a été relancée et un candidat a été retenu en juin 2016. Cette étude médico-économique doit permettre d'explorer les stratégies possibles de dépistage (uni ou multimodale) en fonction du risque relatif de cancer colorectal à échéance du second semestre 2018.

N°	Libellé	Responsable de l'action	Jalons terminés	État calculé de l'action
1.6	Accroître l'efficacité des programmes de dépistage organisé du cancer du sein et du cancer colorectal.	INCa	6 sur 9 (67%)	Retard (plus de 9 mois)

Jalon	Fin prévue le	État du Jalon
Enquête sur la performance des mammographies dans le programme de dépistage organisé du cancer du sein (INCa)	31/12/14	Terminé
Utilisation du test immunologique dans le programme de dépistage organisé du cancer colorectal	15/03/15	Terminé
Lancement des sites pilotes de dématérialisation des mammographies (seconde lecture, mammobile) (INCa)	01/07/15	Terminé
Concertation citoyenne sur l'évolution du dépistage du cancer du sein (DGS, INCa)	31/03/16	Terminé
Modélisation de l'impact du nouveau programme DO CCR et de l'utilisation des tests immunologiques (INCa)	31/03/16	En cours - Retard (plus de 9 mois)
Lancement de la démarche de contrôle assurance qualité	30/09/16	Terminé
Enquête sur la performance des mammographies dans le programme de dépistage organisé du cancer du sein (INCa)	31/12/16	Terminé

A la suite à l'appel à projets portant sur des expérimentations et sur l'évaluation de la dématérialisation des flux d'information associés à la mammographie numérique lancé par l'INCa au 1er trimestre 2016, deux projets ont été retenus. Une nouvelle vague d'appel à projets a été lancée au 4ème trimestre 2016 pour compléter la sélection des projets.

A la suite à un premier appel d'offres pour la réalisation d'une étude médico-économique classé infructueux, la procédure a été relancée et un candidat a été retenu en juin 2016. La modélisation de l'impact sera réalisée dans le cadre de l'étude médico-économique qui a été lancée, ce qui permettra de prendre en compte les résultats du nouveau programme intégrant le test immunologique et lancé en avril 2015. Cette phase de modélisation doit s'achever en mars/avril 2017.

Le rapport du comité d'orientation de la concertation citoyenne et scientifique sur le dépistage du cancer du sein a été remis à la Ministre des affaires sociales et de la santé en septembre 2016. A la demande de la Ministre, ce rapport sera suivi de l'établissement d'une feuille de route permettant le profond renouveau du dispositif de dépistage du cancer du sein (dont l'amélioration de la qualité et du service rendu). Le rapport sur l'analyse éthique du programme de dépistage du cancer du côlon et du rectum a été publié en mai 2016. De nouveaux travaux d'assurance qualité sont également engagés dans le cadre des comités techniques et de prospective des programmes de dépistage et dans le cadre travaux de l'évolution des structures de gestion du dépistage.

Le dernier volet de l'enquête sur la performance des installations de mammographie (2015) a été mené. Une nouvelle enquête de ce type à vocation barométrique sera menée en 2017.

Un appel à projets portant sur des expérimentations et sur l'évaluation de la dématérialisation des flux d'information associés à la mammographie numérique a été lancé par l'INCa début 2016 pour une sélection des projets en fin de premier semestre.

A la suite d'un premier appel d'offres pour la réalisation d'une étude médico-économique classé infructueux, la procédure a été relancée et un candidat a été retenu en juin 2016.

La concertation citoyenne a été menée. Le rapport du comité d'orientation sera remis début juillet 2016.

Le dernier volet de l'enquête sur la performance des installations de mammographie (2015) a été menée en temps en heure et sera publié au troisième trimestre 2016.

N°	Libellé	Responsable de l'action	Jalons terminés	État calculé de l'action
1.7	Lutter contre les inégalités d'accès et de recours aux programmes de dépistage.	INCa	9 sur 18 (50%)	Retard (moins de 3 mois)

Jalon	Fin prévue le	État du Jalon
Publication des préconisations en matière de géocodage (INCa)	31/10/14	Terminé
Colloque recherche interventionnelle (INCa)	30/11/14	Terminé
Lancement AAP dépistage ciblé lutte contre les inégalités (information, modalité d'organisation, interventions, équipes mobiles...) (INCa)	30/06/15	Terminé
Déclinaison dans les contrats locaux de santé, signés par les ARS, de l'objectif de lutte contre les inégalités d'accès et de recours au dépistage	31/12/15	Terminé
Lancement AAP recherche interventionnelle sur les actions de luttes contre les inégalités (INCa)	31/12/15	Terminé

Jalon	Fin prévue le	État du Jalon
Mise en oeuvre du contrat responsable par les assurances complémentaires en application de la stratégie nationale de santé (UNOCAM)	31/12/15	Terminé
Résultats d'enquête sur l'accès au dépistage des cancers des populations vulnérables (handicap) (INCa)	30/06/16	Terminé
Valorisation de la session SFSP sur les actions de luttes contre les inégalités face au dépistage des cancers	30/06/16	Terminé
Généralisation de la prise en charge à 100 % des actes en lien avec le dépistage (UNCAM)	31/12/16	Non débuté - Retard (moins de 3 mois)
Intégration des missions de lutte contre les inégalités adans le CDC des programmes de dépistage organisé des cancers (DGS)	31/12/16	Terminé

L'accès au dépistage des cancers des personnes en situation de handicap a été étudiée dans le cadre de l'analyse de l'enquête Handicap-Santé menée par l'IRDES.

Une première approche visant à prendre en compte les inégalités d'accès et de recours aux programmes de dépistage a été menée via la généralisation du dépistage du cancer du col de l'utérus notamment par la réalisation d'une étude médico-économique qui a caractérisé les populations ne participant pas au dépistage et évalué différentes options de généralisation ciblant ces populations. Celle-ci a abouti à une instruction et un cahier des charges de préfiguration qui intègre d'emblée des actions complémentaires spécifiques visant les populations vulnérables.

Une session sur l'universalisme proportionné pour lutter contre les inégalités face aux cancers a été organisée dans le cadre du congrès de la Société française de santé publique.

Depuis 2015, l'AAP de recherche interventionnelle porte sur les différents « temps » de la lutte contre le cancer dont le dépistage. L'appel à projets "dépistage" 2015-2016 intégrait un axe "actions de lutte contre les inégalités".

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

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

N°	Libellé	Responsable de l'action	Jalons terminés	État calculé de l'action
1.9	Améliorer l'information des populations concernées par les dépistages pour leur permettre de faire des choix éclairés.	INCa	6 sur 13 (46%)	Retard (moins de 3 mois)

Jalon	Fin prévue le	État du Jalon
Dispositif d'information 2014 sur le DOCS ciblé, adapté et traduit pour toucher les femmes plus éloignées du système de santé	30/11/14	Terminé
Campagne professionnel de santé et grand public accompagnant le passage au test immunologique (1ere vague 2015)	15/04/15	Terminé
Campagne professionnel de santé et grand public accompagnant le passage au test immunologique (2eme vague 2015)	30/11/15	Terminé
Dispositif d'information renforcé sur les dépistages des cancers auprès des professionnels de santé	01/01/16	Terminé
Campagne 2016 de rappel sur le DOCCR + ciblage des non-participants	31/03/16	Terminé
Kit d'information complet et individualisé sur les dépistages (type "calendrier de dépistage")	30/06/16	Terminé
Poursuite d'une information sur le DOCS complète sur la balance bénéfices/risques et les évolutions	31/10/16	En cours - Retard (moins de 3 mois)
Actions d'information, d'accompagnement ou de marketing local ciblées vers les populations défavorisées et évaluation	31/12/16	En cours - Retard (moins de 3 mois)

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

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

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

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

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

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

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

N°	Libellé	Responsable de l'action	Jalons terminés	État calculé de l'action
1.10	Veiller à la pertinence des pratiques en matière de dépistage individuel ; encadrer et limiter les pratiques dont l'efficacité n'est pas avérée voire délétère.	INCa	4 sur 9 (44%)	Retard (plus de 9 mois)

Jalon	Fin prévue le	État du Jalon
Publication des rapports sur le dépistage et la prise en charge du cancer de la prostate (INCa)	31/12/14	Terminé
Diffusion d'outils d'information sur le dépistage du cancer de la prostate (professionnels et grand public) (INCa)	31/12/15	Terminé
Evaluation et analyse des pratiques en matière de dépistage (frottis/ mammographie/PSA) (enquêtes / SNIIRAM) T0	31/12/15	Terminé
Recommandations sur l'extension du DO cancer du sein à d'autres tranches d'âge (HAS)	31/12/15	En cours - Retard (plus de 9 mois)
Evaluation d'une prise en charge différenciée par l'AM en cas de pratiques dont l'efficacité n'est pas démontrée (AM)	31/12/16	En cours - Retard (moins de 3 mois)
Lancement de l'enquête sur l'impact d'une prise en charge différenciée par l'AM et sur la disposition à payer (mammographie, frottis, PSA) (INCa)	31/12/16	Terminé

Plutôt que de s'engager dans une démarche de remboursement différenciée pour les pratiques d'efficacité insuffisamment démontrée (notamment le dosage du PSA pour le dépistage du cancer de la prostate), le choix a été fait de tenter une approche de sensibilisation aux bonnes pratiques et d'information des médecins et personnes concernées.
Des outils d'information à destination des hommes et des médecins ont été élaborés et mis à disposition en mars 2016 par l'Assurance maladie, l'INCa et le Collège de Médecine générale, en complément du rapport sur le dépistage et la prise en charge du cancer de la prostate. La Cnamts a publié en mars et en novembre 2016 les résultats d'une étude sur les bases de l'Assurance Maladie et portant sur la pratique du dosage de PSA. Des visites confraternelles ont été mises en place par l'Assurance Maladie et un suivi des pratiques: cette étude sera reconduite de sorte à assurer le suivi des pratiques en la matière.

Une étude de révélation des "préférences" des femmes vis-à-vis du dépistage du cancer du sein et une étude sur les "préférences" des médecins généralistes relativement à différentes mesures incitatives ont été soutenues par l'INCa. Les premiers résultats ont été communiqués au second semestre 2016.

Sous objectif : Identifier de nouvelles opportunités de diagnostics précoces

N°	Libellé	Responsable de l'action	Jalons terminés	État calculé de l'action
1.11	Développer et accompagner le transfert des innovations technologiques et organisationnelles en matière de dépistage des cancers.	INCa	3 sur 11 (27%)	Retard (plus de 9 mois)

Jalon	Fin prévue le	État du Jalon
Note de positionnement sur l'utilisation de la tomosynthèse en dépistage organisé (INCa)	30/06/14	Terminé
Protocole européen de controle qualité tomosynthèse (EUREF)	30/06/15	Terminé
Appel à projet sur les expérimentations relatives au dépistage du cancer du poumon et à la tomosynthèse (INCa)	31/12/15	Non débuté - Retard (plus de 9 mois)
Protocole contrôle qualité tomosynthèse (ANSM)	30/06/16	En cours - Retard (de 3 à 9 mois)
Recommandation sur l'utilisation du scanner dans le dépistage du cancer du poumon (HAS)	30/06/16	Terminé
Evaluation de l'expérimentation élargie sur la télédermatologie en vue de l'intégration des équipes de premiers recours (INCa)	31/12/16	Non débuté - Retard (moins de 3 mois)

La HAS a conclu négativement sur l'intérêt de mettre en œuvre un dépistage organisé du cancer du poumon par scanner spiralé.
Le projet de développer des expérimentations a été suspendu mais des projets portant sur le dépistage du cancer du poumon ont été déposés dans le cadre du PNRT.
Concernant la tomosynthèse, le sujet fait l'objet d'une veille par l'INCa. Les données disponibles jusqu'à présent ne permettaient pas de finaliser un cahier des charges pour des expérimentations et de s'engager dans une évaluation par la HAS de l'acte de dépistage du cancer du sein par tomosynthèse de fait, en l'état, non inscrite à son programme de travail pour 2017. L'ANSM s'est saisie en 2016 du sujet sur le contrôle qualité des appareils de tomosynthèse.

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

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

Indicateur	Valeur	Date	*Rappel cible*	
Délai moyen d'obtention d'un rendez-vous pour une IRM dans le cadre d'un bilan d'extension Source : Centres identifiés dans la base du Fichier national des établissements sanitaires et sociaux (FINESS) comme disposant d'un équipement IRM une année donnée	Cancer de la Prostate			
	26 jours	01/12/15	*20 jours*	*31/12/18*
	Cancer de l'Utérus			
	28 jours	01/12/15	*20 jours*	*31/12/18*
	Cancer du Sein			
	25 jours	01/12/15	*20 jours*	*31/12/18*
Proportion de patients adultes présentés dans une réunion de concertation pluridisciplinaire de recours « sarcomes » au moment du diagnostic Source : Numérateur : Bases de données nationales des réseaux nationaux cliniques pour sarcomes de l'adulte (NETSARC et RESOS) Dénominateur : Base de données nationale du réseau national anatomopathologique pour sarcomes de l'adulte (RRePS)	64,94 %	31/12/15	*100 %*	*31/12/18*
Proportion de patients ayant un dossier communiquant de cancérologie Source : Numérateur : À terme, issu du DCC et de ses collecteurs Dénominateur : PMSI : ATIH	76,94 %	31/12/15	*100 %*	*31/12/18*
Proportion de patients enregistrés dans le cadre d'une réunion de concertation pluridisciplinaire Source : Numérateur : Enquête du dossier communicant de cancérologie (INCa). Dénominateur : PMSI (MCO et fichiers FichComp et RSFA) et SNIIR-AM	81,3 %	31/12/15	*100 %*	*31/12/18*

Sous objectif : Réduire les délais entraînant des pertes de chance

N°	Libellé	Responsable de l'action	Jalons terminés	État calculé de l'action
2.1	Garantir aux patients, avec l'appui du médecin généraliste ou de l'équipe de premier recours, un premier rendez-vous avec l'équipe de cancérologie la plus adaptée à leur situation et dans un délai rapide.	INCa	0 sur 7 (0%)	Retard (de 3 à 9 mois)
	Jalon		**Fin prévue le**	**État du Jalon**
	Rédaction cahier des charges enquête sur les délais d'adressage par le MT		30/06/16	Non débuté - Retard (de 3 à 9 mois)
	Lancement enquête délais d'adressage par le MT		31/12/16	Non débuté - Retard (moins de 3 mois)
	Le nouveau référentiel de missions des RRC prend en compte le besoin de rendre lisible l'offre de prise en charge en cancérologie afin de faciliter l'orientation des patients dès la suspicion de diagnostic.			

N°	Libellé	Responsable de l'action	Jalons terminés	État calculé de l'action
2.2	Développer une politique active de maîtrise des délais de prise en charge.	DGOS	5 sur 12 (42%)	Retard (plus de 9 mois)

Jalon	Fin prévue le	État du Jalon
1ère Réunion de cadrage DGOS-HAS-INCa sur la production d'indicateurs de qualité et de sécurité des soins en cancérologie (IQSS) cf. action 2.4	11/07/14	Terminé
Participation de l'INCa au COPIL des indicateurs de qualité et sécurité des soins dans les établissements de santé coordonné par la HAS et la DGOS	17/10/14	Terminé
Faire évoluer l'indicateur RCP : proposition de développer un thème d'indicateurs de spécialité (cancer du sein ou de l'ovaire)	07/05/15	Terminé
Réunion pour définir les modalités de travail HAS-INCa sur les indicateurs de qualité et de sécurité des soins (IQSS)	07/05/15	Terminé
Développer un indicateur sur la prise en charge du cancer de l'ovaire : développer l'indicateur (HAS)	23/06/15	En cours - Retard (plus de 9 mois)
Développer un indicateur sur la prise en charge du cancer de l'ovaire: revue et analyse de la littérature nécessaire à construire des critères(INCa)	23/06/15	En cours - Retard (plus de 9 mois)
1/Etat des lieux par l'INCa des recommandations spécifiques à la prise en charge du cancer de l'ovaire et d'autres cancers	31/12/15	En cours - Retard (plus de 9 mois)
Repérer les pathologies, les délais et autres indicateurs en s'appuyant sur les recommandations de bonnes pratiques cliniques et organisationnelles	31/12/16	Non débuté - Retard (moins de 3 mois)

Les travaux relatifs à l'élaboration d'indicateurs de délais de prise en charge passent par une étape d'état des lieux par l'INCa des recommandations de bonnes pratiques cliniques et organisationnelles. Le calendrier de cette action a été décalé, dans l'attente des travaux préalables de l'INCa (revue de la littérature et état des recommandations dans le cancer de l'ovaire identifié comme cible du développement d'un indicateur spécifique cancer).

L'INCa a réalisé, en octobre 2015, un état des lieux des recommandations de bonnes pratiques pour les prises en charges complexes (telles que définies par l'action 2.8 du Plan cancer: pathologies et situations complexes ou nécessitant un plateau technique spécialisée. Peuvent être concernés notamment les cancers de l'ovaire, de l'endomètre, de l'œsophage, du foie et du pancréas, et potentiellement du testicule).

Ce travail sera complété par un état des lieux des recommandations de bonnes pratiques pour les quatre pathologies cancéreuses les plus fréquentes (sein, poumon, prostate, colon) et fera l'objet d'une publication. Cet état des lieux est un préalable au repérage des délais et autres indicateurs pertinents sur d'autres pathologies que le cancer de l'ovaire.

En complément de cette recommandation, la HAS développera un indicateur de processus recueilli à partir des dossiers des patients qu'elle expérimentera en 2017 auprès d'établissements de santé volontaires. Un premier recueil de cette indicateur, sans diffusion publique, dans tous les ES prenant en charge un minimum de 10 patientes avec cancer de l'ovaire sera effectué en 2019.

Un appel à candidatures a été lancé fin mai 2016 et a pris fin au 30 septembre, notamment auprès des sociétés savantes, réseaux régionaux de cancérologie, pour l'élaboration du RBPC sur la prise en charge des cancers de l'ovaire, incluant la revue de littérature. Le référentiel produit, attendu pour le 1er trimestre 2017, devra être labellisé par l'INCa.

N°	Libellé	Responsable de l'action	Jalons terminés	État calculé de l'action
2.3	Réduire les inégalités territoriales et harmoniser les délais d'accès à l'IRM et à la TEP.	DGOS	5 sur 11 (45%)	Retard (plus de 9 mois)

Jalon	Fin prévue le	État du Jalon
Identification des axes d'amélioration de la pertinence des actes en imagerie (groupe national DGOS/HAS/CNAMTS/ASN)	30/03/15	Terminé
Etat des lieux de l'offre de TEP (DGOS)	30/06/15	Terminé
Etude de faisabilité pour intégrer les délais aux indicateurs qualité des établissements autorisés au traitement (HAS) et identification des prérequis	30/06/15	En cours - Retard (plus de 9 mois)
Construction du plan d'action sur la pertinence des actes en imagerie	31/12/15	Terminé
Délégation d'une aide financière à l'acquisition d'équipements IRM pour ajuster le maillage territorial (DGOS)	31/12/15	Terminé

Jalon	Fin prévue le	État du Jalon
Première évaluation d'impact du plan d'actions sur la pertinence des actes en imagerie	30/03/16	Non débuté - Retard (plus de 9 mois)
Définition des objectifs stratégiques associés au suivi des délais de RV IRM	31/03/16	En cours - Retard (plus de 9 mois)
Identifier les priorités de structuration de l'offre d'imagerie médicale pour élaborer un projet médical de territoire; décliner en actions (ARS)	31/03/16	Terminé
Examen des évolutions à apporter au régime d'autorisation des équipements d'imagerie (cf. action 2.6)	30/06/16	En cours - Retard (de 3 à 9 mois)
Mise en œuvre du plan d'action sur la pertinence des actes en imagerie	31/12/16	En cours - Retard (moins de 3 mois)

Des réalisations essentielles ont été produites en termes de soutien et d'appui des équipements IRM.
La politique conduite par la DGOS en faveur du renforcement des équipements IRM et l'optimisation de leur fonctionnement se traduit dans les orientations nationales pour l'élaboration des prochains schémas régionaux de santé qui seront prochainement diffusés.
Des outils de comparaison de la consommation d'examens IRM et scanner par famille d'examens (taux de recours) ont été élaborés et sont en cours de mise à disposition des ARS. Une démarche d'accompagnement des ARS dans ce processus d'évaluation des besoins, de définition d'organisation optimale et de régulation de l'activité est prévue au 1er semestre 2017.
Concernant le suivi des délais de rendez-vous, la redéfinition des objectifs stratégiques associés est en cours. L'objectif est d'articuler la construction d'indicateurs nationaux avec ceux des observatoires régionaux de délai d'accès aux examens d'imagerie déjà en place. Il conviendra également de mettre à disposition des recommandations de délais cibles pour les indications pour lesquelles un délai d'accès plus long constituerait une perte de chance pour les patients.
Enfin, le plan d'actions d'amélioration de la pertinence des examens d'imagerie (actions ciblées sur certaines situations cliniques + actions transversales) est en cours de mise en oeuvre par le groupe de travail institutionnel avec la collaboration de la SFR et des conseils nationaux de professionnels de santé concernés. Ces actions doivent concourir à améliorer la radioprotection des patients et à assurer une meilleure efficience de l'offre et donc une meilleure accessibilité des examens d'imagerie pertinents.

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

N°	Libellé	Responsable de l'action	Jalons terminés	État calculé de l'action
2.4	Garantir une amélioration de la qualité et sécurité des prises en charge en mobilisant les dispositifs de certification, d'accréditation et en assurant une diffusion publique des indicateurs de qualité.	DGOS	5 sur 9 (56%)	Retard (moins de 3 mois)

Jalon	Fin prévue le	État du Jalon
Première réunion de cadrage DGOS-HAS-INCa sur la production d'indicateurs de qualité et de sécurité des soins en cancérologie (IQSS) -cf. action 2.2	11/07/14	Terminé
Participation d'un représentant de l'INCa au copil IQSS dans les établissements de santé pour proposer les IQSS à généraliser/diffuser (cf.action 2.2)	17/10/14	Terminé
Evolution de l'indicateur "délai d'envoi du courrier en fin d'hospitalisation" : expérimentation d'intégration d'informations type PPS et PPAC	30/06/15	Terminé
Evolution de l'indicateur RCP : travaux HAS-INCa-DGOS (premier semestre 2015) et premier recueil de l'indicateur (premier semestre 2016)	30/06/16	Terminé
Indicateur "qualité du document de sortie d'hospitalisation" : recueil de l'indicateur	30/06/16	Terminé
Adaptation de l'indicateur de satisfaction des patients I-SATIS à la spécificité de la prise en charge du cancer : étude de faisabilité	31/12/16	Non débuté - Retard (moins de 3 mois)
Indicateur "qualité du document de sortie d'hospitalisation" : restitution à chaque établissement	31/12/16	En cours - Retard (moins de 3 mois)

La HAS renforce les exigences en termes de suivi du document de sortie via un indicateur sur la qualité de ce document, au-delà du seul suivi du délai de sa remise.
Concernant l'évolution de l'indicateur RCP : travaux HAS-INCa-DGOS conduits (premier semestre 2015) et premier recueil de l'indicateur (premier semestre 2016): indicateur en cours de recueil dans une version allégée et cohérente avec les éléments minimaux du DCC requis par l'INCa pour une diffusion publique en 2016
S'agissant de l'Indicateur "qualité du document de sortie d'hospitalisation" : le recueil de l'indicateur est en cours en 2016 sans diffusion publique; la diffusion publique est prévue pour 2018.
e-Satis est en cours d'adaptation sur des modes de pec / HAD et chirurgie ambulatoire avant d'engager des travaux sur des pathologies spécifiques

N°	Libellé	Responsable de l'action	Jalons terminés	État calculé de l'action
2.5	Réviser et faire évoluer les critères d'agrément à la prise en charge du cancer par l'INCa avec l'appui de groupes d'experts, pour améliorer notamment l'orientation des situations complexes.	INCa	1 sur 3 (33%)	Planning respecté

La prestation d'analyse, préalable aux travaux des groupes d'experts en 2016-2017, qui consistait en la réalisation d'un benchmark international sur l'évolution de l'encadrement de la qualité des soins en cancérologie (impact des dispositifs existants: critères et seuils et mise en perspective) a été abandonnée, le marché étant été déclaré infructueux.
Les travaux d'expertise sur les critères transversaux organisationnels et qualitatifs ont débuté au second trimestre 2016 avec la création de 3 groupes d'experts désignés par les présidents des sociétés savantes (Chirurgie/radiothérapie/traitements médicaux). Les 3 groupes se sont réunis trois fois en 2016. Un quatrième sur l'oncologie interventionnelle est en cours de création et s'est réuni en 2016.
Par ailleurs, en préalable aux travaux de la DGOS, l'INCa mène une réflexion sur les seuils.
L'ensemble de ces travaux contribueront à l'évolution des dispositions réglementaires encadrant l'activité de traitement du cancer qui seront prises en application de l'article 204 de la loi de modernisation de notre système de santé courant 2018 (action 2.6). A cet effet, l'INCa prévoit la diffusion d'un référentiel de préconisations sur les aspects qualitatifs et organisationnels transversaux et de préconisations spécifiques par thérapie, assorti de propositions d'indicateurs de qualité et d'efficience à la fin de l'année 2017.

N°	Libellé	Responsable de l'action	Jalons terminés	État calculé de l'action
2.6	Faire évoluer le périmètre des autorisations de traitement du cancer prenant en compte les changements dans les techniques de prises en charge et l'accès à l'innovation.	DGOS	7 sur 16 (44%)	Retard (plus de 9 mois)

Jalon	Fin prévue le	État du Jalon
Lancement d'un groupe de travail transversal aux activités de soins sur la simplification du régime juridique encadrant le régime d'autorisation par les ARS	01/01/15	Terminé
Lancement et travaux de groupes de travail ad hoc du COPIL CORETAH CANCER sur le recensement des freins et leviers à l'accompagnement de la chimiothérapie orale, du virage ambulatoire en cancérologie et des soins de support	01/04/15	Terminé
Lancement par la DGOS d'un groupe de travail transversal sur la radiologie interventionnelle intégrant notamment le champ de la cancérologie	01/04/15	Terminé
Orientations DGOS aux ARS sur l'encadrement juridique actuel et envisagé du traitement du cancer par protonthérapie	01/10/15	Terminé
Détermination des points relevant d'une évolution du dispositif d'autorisation versus des critères d'agrément et de la certification	31/12/15	En cours - Retard (plus de 9 mois)
Identification des besoins d'évolution de la réglementation au regard des cibles attendues en termes de prises en charge en cancérologie	31/12/15	En cours - Retard (plus de 9 mois)
Mobilisation de recommandations de bonnes pratiques INCa	31/12/15	En cours - Retard (plus de 9 mois)
Mobilisation de recommandations HAS (radiothérapie de haute précision, radiologie interventionnelle, plateaux techniques, etc)	31/12/15	En cours - Retard (plus de 9 mois)
Mobilisation des conclusions du Copil cancer du CORETAH	31/12/15	Terminé
Mobilisation d'expertises des sociétés savantes (ex : techniques de radiothérapie de haute précision)	31/12/15	En cours - Retard (plus de 9 mois)

Jalon	Fin prévue le	État du Jalon
Inscription dans la loi modernisation de notre système de santé du 26/01/2016 de dispositions (article 204) permettant au gouvernement de procéder par ordonnance pour réformer le régime juridique encadrant les activités de soins soumises à autorisation	01/01/16	Terminé
Instruction DGOS/INCa du 26 mai 2016 relative à un état des lieux sur l'offre de soins de traitement du cancer en cancérologie pédiatrique et l'organisation des acteurs impliqués	01/06/16	Terminé
Expertise INCa, sur les seuils d'activité minimale ainsi que sur l'offre de soins de recours en cancérologie	31/12/16	En cours - Retard (moins de 3 mois)
Ordonnance en application de la loi de Santé pour modifier le régime juridique encadrant les autorisations	31/12/16	En cours - Retard (moins de 3 mois)

L'adoption retardée de la Loi de modernisation de notre système de santé décale le calendrier de travail sur les évolutions du régime d'autorisation en cancérologie.
Une pierre essentielle de la réflexion sur l'évolution du régime d'autorisation des activités de cancérologie a été posée avec l'inscription dans la loi de modernisation de notre système de santé du 26 janvier 2016, de dispositions (article 204) permettant au gouvernement de procéder par voie d'ordonnance pour moderniser et simplifier le dispositif juridique encadrant les activités de soins soumises à autorisation. Il s'agit de pouvoir intégrer dans les conditions d'autorisation des exigences renforcées de qualité - sécurité des prises en charges et d'efficience des organisations. La réflexion sur l'évolution du dispositif réglementaire encadrant l'activité de traitement du cancer s'inscrit pleinement dans ce cadre.
- Le programme de travail de l'ex-COPIL CORETAH CANCER a ciblé notamment des travaux, en lien avec les fédérations hospitalières, les représentants de la médecine de ville, la Ligue nationale contre le cancer et des représentants des ARS, sur l'accompagnement de la chimiothérapie orale, le virage ambulatoire en cancérologie et l'accès aux soins de support. L'année 2015 a notamment été consacrée au lancement et à l'analyse de trois enquêtes DGOS auprès des membres du COPIL acteurs sur les besoins d'évolution des trois activités précitées, de leur organisation et de leur financement : Etat des lieux /REX et recensement des freins et de propositions de leviers
- Les travaux techniques DGOS/INCa, engagés en 2014 sur les conditions de prise en charge de l'enfant, ont été poursuivis en 2015 en vue d'intégrer cette prise en charge spécifique dans le dispositif d'autorisation en cancérologie, notamment en lien avec les sociétés savantes concernées (SFCE ; SFROP; SFAR). En vue d'associer pleinement les Agences régionales de santé à ces travaux, diffusion de l'instruction DGOS/INCa de mai 2016 relative à un état des lieux sur l'offre de soins de traitement du cancer en cancérologie pédiatrie et l'organisation des acteurs impliqués. L'analyse nationale des remontées ARS effectuées en septembre 2016 est en cours de finalisation par la DGOS, en lien avec l'INCa, et devrait faire l'objet d'un bilan national partagé avec les ARS, les sociétés savantes concernées et les OIR début 2017. Les cancérologues pédiatres, par le biais de la société savante (SFCE) intègrent les différents groupes de travail d'expertises pilotés par l'INCa en préparation des évolutions des critères d'agrément qui pourront être intégrés au futur régime d'autorisation (action 2.5).
- La DGOS a lancé en mai 2015 un groupe de travail sur la radiologie interventionnelle. Ce groupe a un abord transversal et concernera en partie le traitement du cancer.
- Des travaux d'expertise INCa sollicités par la DGOS sur la chimiothérapie orale, les soins de support et la protonthérapie ont été remis à la DGOS en juillet 2016 et sont publiés sur le site internet de l'INCa. Les travaux préalables INCa transmis sur la protonthérapie en juillet 2015 en ont d'ores et déjà permis au ministère de la Santé de définir, en 2015, une stratégie d'évolution transitoire du cadre juridique de la régulation de l'offre de traitement du cancer par protonthérapie qui devrait être lancée courant 2016 (élévation de l'EML cyclotron à utilisation médicale au niveau des schémas interrégionaux de soins).
- Les recommandations du groupe experts permanent de l'ASN (GPMED) sur "les conditions de mise en oeuvre des nouvelles techniques et pratiques de radiothérapie" publiés en mars 2015, et auxquelles la DGOS était invitée, expertisées par le ministère de la santé, en lien avec l'INCa, l'ASN et l'ANSM pour déterminer une stratégie globale d'encadrement de la radiothérapie de haute technicité intégrant la problématique des conditions d'implémentation de la technique dans les équipes en amont des prises en charge des patients et l'enjeu des audits cliniques externes.
- La HAS a publié en 2015 ses travaux sur la "RCMI pour le cancer de l'utérus et pour le canal anal" et, en 2016, ses travaux relatifs à la radiothérapie per-opératoire. En 2016, la DGOS a inscrit dans le programme de travail 2017 de la HAS, des travaux recentrés sur l'évaluation médico-économique de la protonthérapie (à partir des travaux INCa) ainsi que des travaux sur les seuils appliqués à l'activité de soins de chirurgie qui pourront alimenter la réflexion sur l'activité de traitement du cancer par chirurgie.
- Lancement, en 2016, de travaux INCa de benchmark international et d'expertise sur les organisations intéressantes retenues en termes d'autorisation de l'activité de traitement du cancer, et sur les enjeux des seuils d'activité minimale.
- Finalisation, en 2016, de travaux DGOS, en lien avec l'INCa, d'analyse et de grille de lecture de la réglementation en vigueur encadrant l'activité de traitement du cancer.
- Publication en octobre 2016 des recommandations de pratiques SFRO "RECORAD" sur les indications, les doses et les techniques de radiothérapie par localisation de tumeurs (actualisation du guide SFRO de 2007).

N°	Libellé	Responsable de l'action	Jalons terminés	État calculé de l'action
2.7	Définir et diffuser auprès des professionnels de santé et du public les pratiques cliniques de référence.	INCa	3 sur 8 (38%)	Retard (moins de 3 mois)

Jalon	Fin prévue le	État du Jalon

Jalon	Fin prévue le	État du Jalon
Publication et diffusion du référentiel pilote pour les cancers du poumon	30/06/15	Terminé
Date de publication au bulletin officiel du référentiel pour les cancers du poumon	31/12/15	Terminé
Lancement du premier appel à candidature de labellisation	30/06/16	Terminé
Publication, diffusion et implémentation de référentiels nationaux couvrant 50% des cas incidents de cancers	31/12/16	En cours - Retard (moins de 3 mois)

Le projet pilote de Référentiel national de RCP concernant la prise en charge des cancers bronchiques non à petites cellules et à petites cellules a été mené à son terme en 2014. Ce premier référentiel national a été piloté par les régions Rhône-Alpes et Auvergne représentées par le Réseau Espace Santé Cancer Rhône-Alpes et les régions Grand Est, représentées par Oncolie et Oncolor, en collaboration avec l'INCa. Il a fait l'objet d'une première diffusion auprès des réseaux régionaux de cancérologie en décembre 2014. Il a également été publié sur le site de l'INCa, sous un format pdf interactif, en mars 2015.
A la suite de ce projet pilote, une réflexion a été lancée, d'une part pour tirer les enseignementset proposer des amendements à la démarche méthodologique mise en œuvre, et d'autre part pour choisir les localisations tumorales qui feront l'objet de référentiels nationaux en 2015. Elle a abouti à l'élaboration d'une procédure de labellisation des référentiels nationaux et recommandations de bonne pratique, validée par le conseil d'administration de l'INCa en octobre 2015 et en 2016.

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

N°	Libellé	Responsable de l'action	Jalons terminés	État calculé de l'action
2.8	S'assurer qu'un patient nécessitant une prise en charge complexe soit adressé vers une équipe ayant les compétences et la capacité technique adaptées.	INCa	3 sur 4 (75%)	Planning respecté

L'analyse du PMSI pour les 6 cancers rares listés dans le Plan cancer 3 permet de dresser un état des lieux de la prise en charge notamment chirurgicale de ces cancers "complexes".
Trois réunions ont eu lieu avec des experts pour commenter ces résultats et proposer des pistes pour garantir une prise en charge équitable à tous les patients. Ces propositions, une fois validées en interne, puis par la DGOS, feront l'objet de nouvelles concertations plus larges avec les professionnels de santé, les ARS, les fédérations hospitalières, les représentants d'usagers... avant de conduire éventuellement à une évolution du dispositif d'encadrement réglementaire. Mai 2016: Un référentiel de prise en charge des cancers complexes est en cours.

N°	Libellé	Responsable de l'action	Jalons terminés	État calculé de l'action
2.9	Définir dans chaque discipline de prise en charge ce qui relève d'un équipement de « centre de proximité » et ce qui relève d'une structure de « recours » intégrant des techniques hautement spécialisées.	INCa	0 sur 4 (0%)	Retard (plus de 9 mois)

Jalon	Fin prévue le	État du Jalon
Etat des lieux offre de soins très spécialisée	31/12/15	En cours - Retard (plus de 9 mois)
Cartographier l'offre de soins pour les techniques hautement spécialisées: destruction percutanée-cancers primitifs du foie, traitements endoscopiques	31/12/16	En cours - Retard (moins de 3 mois)
Validation propositions gradation offre de soins	31/12/16	Non débuté - Retard (moins de 3 mois)

L'action n'a pas débuté, car le repérage des actes complexes est difficile, ces actes ne bénéficiant pas de codes propres. La protonthérapie a fait l'objet d'une saisine et d'un état des lieux récent. Il est prévu de décaler cette action après l'identification des cancers nécessitant une prise en charge complexe, proposant à l'horizon décembre 2017 que la concertation avec les sociétés savantes concernées (chirurgie, radiothérapie, imagerie) soit finalisée et que la gradation de l'offre de soins pour ces techniques hautement spécialisées soit intégrée à l'horizon 2018 dans le dispositif d'autorisation.

N°	Libellé	Responsable de l'action	Jalons terminés	État calculé de l'action
2.10	Garantir à chaque malade que la proposition thérapeutique qui lui est faite a pu s'appuyer sur l'avis d'une RCP spécialisée lorsque la situation ou la complexité de sa prise en charge le justifient.	INCa	2 sur 4 (50%)	Retard (moins de 3 mois)

Jalon	Fin prévue le	État du Jalon
Publication annuaire national des RCP (ANRCP)	23/09/14	Terminé
Etat des lieux de l'existant (dénombrement RCP transversales, RCP OIR cancéropédiatrie, RCP de recours K rares...)	15/09/15	Terminé
Concertation avec sociétés savantes, parties prenantes, ARS pour cadrer définition nationale d'une RCP spécialisée	30/10/16	En cours - Retard (moins de 3 mois)

Le Dossier communicant de cancérologie (DCC) est un outil numérique permettant la transmission des informations relatives à la prise en charge des personnes atteintes de cancer, quel que soit leur lieu de traitement. C'est ainsi un outil au service de la coordination des professionnels et de l'optimisation du parcours de soins des patients. Le DCC s'inscrit dans la mise en place progressive d'un système de partage et d'échange de données médicales entre tous les acteurs de santé.

Au-delà du partage et de l'échange, le DCC met à disposition des services spécifiques afin d'aider les professionnels dans leurs pratiques courantes (par exemple, annuaire et gestion des réunions de concertation pluridisciplinaires - RCP). Ces services contribuent à l'amélioration de la qualité des soins et permettent aux équipes de soins de gagner en efficience, et ceci au bénéfice du patient.

Début 2016, à la suite de travaux conduits avec les principaux acteurs du domaine de la cancérologie, le contenu métier de la fiche RCP a été publié. L'objectif est de formaliser les informations minimales requises à la décision pluridisciplinaire de prise en charge d'un patient atteint de cancer. C'est un document permettant également la traçabilité de l'organisation du parcours de prise en charge en cancérologie. Les modalités d'organisation de la RCP sont rappelées dans le Code de la santé publique.

N°	Libellé	Responsable de l'action	Jalons terminés	État calculé de l'action
2.11	Renforcer les conditions de la réalisation des allogreffes et des autogreffes de cellules souches hématopoïétiques et évaluer le dispositif au regard des besoins territoriaux et de la qualité.	ABM	8 sur 23 (35%)	Retard (de 3 à 9 mois)

Jalon	Fin prévue le	État du Jalon
Evaluation de l'organisation territoriale et de l'organisation interne des services d'allogreffes de CSH	31/12/14	Terminé
Activation d'un groupe de travail de professionnels experts dans les domaines considérés et analyse des données existantes	30/06/15	Terminé
Projet de financement, développement et pérennisation d'ateliers d'harmonisation des pratiques des médecins allogreffeurs de CSH organisé par la SFGM	30/06/15	Terminé
60% d'unités d'allogreffe de CSH accréditées JACIE	31/12/15	Terminé
Développement du RFSP à raison de 2000 USP /an, USP adaptées aux besoins des patients adultes en terme de richesse cellulaire	31/12/15	Terminé
Evaluation des besoins nationaux au travers de la réalisation d'un enquête auprès de chaque unité d'allogreffe de CSH	31/12/15	Terminé
Evaluation de l'organisation territoriale et de l'organisation interne des services d'autogreffes de CSH au travers d'une enquête nationale	30/06/16	Non débuté - Retard (de 3 à 9 mois)
Renforcement des équipes de greffe de CSH	30/06/16	Non débuté - Retard (de 3 à 9 mois)
Rendu de l'enquête : proposition d'un système d'organisation territorial et de suivi d'activité des centres d'allogreffes et d'autogreffe	30/12/16	En cours - Retard (moins de 3 mois)
70% d'unités d'allogreffe de CSH accréditées JACIE	31/12/16	Terminé
Développement du RFSP à raison de 2000 USP /an, USP adaptées aux besoins des patients adultes en termes de richesse cellulaire	31/12/16	Terminé

Evaluation de l'organisation territoriale et de l'organisation interne: terminée fin juin pour des propositions.
Enquête réalisée et résultats en cours d'exploitation ; des propositions concrètes ont été présentées en décembre 2015.

Révision à la baisse du nombre de nouvelles unités de sang placentaire stockées chaque année (1000 au lieu des 2000 initialement prévues) du fait de la baisse observée des cessions d'USP en lien avec le développement des greffes haplo-identiques: recentrage sur le banking d'USP très riches en cellules

N°	Libellé	Responsable de l'action	Jalons terminés	État calculé de l'action
2.12	Faciliter pour chaque patient l'accès à un second avis concernant sa prise en charge et les options thérapeutiques, conformément à la loi du 4 mars 2002.	DGOS	2 sur 7 (29%)	Retard (plus de 9 mois)

Jalon	Fin prévue le	État du Jalon
Inscription du sujet cancer dans le déploiement des référentiels de description des ressources sanitaires, médico-sociales et sociales (programme ROR)	31/12/15	En cours - Retard (plus de 9 mois)
Prise en compte dans l'évolution du référentiel des RRC de l'enjeu d'améliorer la lisibilité de l'offre en cancérologie	31/12/15	En cours - Retard (plus de 9 mois)
Travaux préparatoires : état des lieux de la problématique du second avis en cancérologie	31/12/15	En cours - Retard (plus de 9 mois)
Elaboration d'une feuille de route de travail DGOS/INCa sur la question du second avis en cancérologie	30/04/16	Terminé
Recueil d'éléments de comparaison internationale sur le second avis en cancérologie: saisine DGOS du réseau des conseillers des affaires sociales de 6 pays	30/07/16	Terminé
Analyse par l'INCa de la littérature sur le sujet du second avis	30/09/16	En cours - Retard (de 3 à 9 mois)
Phase de déclinaison des leviers (suivant l'état des lieux de la problématique)	31/12/16	Non débuté - Retard (moins de 3 mois)

La problématique du second avis est très liée à l'amélioration de la lisibilité de l'offre de soins. Celle-ci a donné lieu à plusieurs travaux en 2015:
- poursuite du déploiement des ROR dans les régions, intégrant la thématique cancer,
- intégration, dans le projet de nouveau référentiel de missions des RRC, de l'enjeu d'amélioration de la lisibilité de l'offre de soins en cancérologie.
La DGOS a conduit, en juin 2016, une étude sur les organisations et réflexions en vigueur au niveau international pour répondre aux demandes de second avis en cancérologie. Elle a été conduite auprès de 6 pays: Allemagne, Royaume-Uni, Italie, Espagne, Canada, Etats-Unis. Elle donne de premières indications sur les réponses apportées à ces demandes en termes de remboursement par la collectivité, d'organisation du circuit du patient, de facilitation de cet accès.

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

N°	Libellé	Responsable de l'action	Jalons terminés	État calculé de l'action
2.13	Assurer aux adolescents et jeunes adultes une prise en charge tenant compte de leur spécificité et s'attachant au maintien du lien social.	INCa	4 sur 4 (100%)	Achevée

Les expérimentations pour les adolescents et jeunes adultes se sont déroulées jusqu'à la fin 2014. Un séminaire de fin de projets a eu lieu en avril 2015.
Les 8 équipes projet ont proposé des recommandations dans leur rapport final.
Lien établi avec l'association de professionnels GO-AJA qui a remis également une proposition de structuration des soins aux adolescents et jeunes adultes (AJA) en juin 2015.

Une instruction DGOS/INCa relative à l'organisation régionale coordonnée en faveur de la prise en charge des adolescents et jeunes adultes atteints de cancer a été adressée aux directeurs généraux des ARS. Conformément aux objectifs du Plan, cette instruction fixe les objectifs à atteindre et les organisations à mettre en œuvre au niveau régional afin d'améliorer la prise en charge des AJA.

Par ailleurs, une deuxième instruction DGOS/INCa relative à un état des lieux sur l'offre de soins de traitement du cancer en cancérologie pédiatrique et l'organisation des acteurs impliqués est adressée également aux ARS. L'analyse des questionnaires permettra de connaitre, entre autres, les modalités actuelles de prise en charge des AJA au-delà des 8 équipes expérimentales.

N°	Libellé	Responsable de l'action	Jalons terminés	État calculé de l'action
2.14	Harmoniser l'organisation des dispositifs de double lecture des prélèvements tumoraux entre les différents cancers rares de l'adulte et mettre en place un dispositif de double lecture des tumeurs solides malignes de l'enfant.	INCa	4 sur 6 (67%)	Planning respecté

Mai 2016. L'harmonisation de l'organisation spécifique en réseaux nationaux pour cancers rares se poursuit, avec notamment fusion de certains réseaux, harmonisation du dispositif de double lecture au sein de ces réseaux, et intégration de la double lecture des tumeurs de l'enfant quand elle s'avère nécessaire. Cette harmonisation se poursuit avant la prochaine labellisation par l'INCa en 2018 de ces réseaux cancers rares.

N°	Libellé	Responsable de l'action	Jalons terminés	État calculé de l'action
2.15	Identifier et labelliser des centres de référence au niveau national pour les prises en charge des enfants présentant des tumeurs rares.	INCa	2 sur 4 (50%)	Retard (de 3 à 9 mois)

Jalon	Fin prévue le	État du Jalon
Etat des lieux	31/12/15	Terminé
repérage des cancers très rares de l'enfant	31/12/15	Terminé
Proposition du groupe de travail cancéropédiatrie avec parties prenantes	30/06/16	En cours - Retard (de 3 à 9 mois)

L'état des lieux a permis de décrire les liens existants, pour le recours à l'expertise dans les cancers rares de l'enfant, entre les réseaux nationaux des cancers rares de l'adulte et l'organisation spécifique en cancérologie pédiatrique.
Identification des cancers très rares de l'enfant.
Présentation de l'état des lieux au groupe de travail cancéropédiatrie

Sous objectif : Répondre aux besoins spécifiques des personnes âgées

N°	Libellé	Responsable de l'action	Jalons terminés	État calculé de l'action
2.16	Améliorer la prise en charge des personnes âgées atteintes de cancer et la prise en compte de leurs besoins spécifiques, notamment en s'appuyant sur une recherche clinique renforcée pour cette population.	INCa	3 sur 5 (60%)	Retard (plus de 9 mois)

Jalon	Fin prévue le	État du Jalon
Réunion board oncogériatrie : organisation séminaire recherche clinique	11/04/14	Terminé
Séminaire recherche clinique en oncogériatrie	26/11/14	Terminé
Rapport de suivi des UCOG en 2013	30/01/15	Terminé
Uniformisation dispositif en oncogériatrie	15/12/15	En cours - Retard (plus de 9 mois)
Taux implémentation test screening gériatrique : analyse DCC	31/12/16	Non débuté - Retard (moins de 3 mois)

L'uniformisation du dispositif en oncogériatrie, avec transformation des 4 antennes d'oncogériatrie en unités de coordination en oncogériatrie (UCOG), et redistribution des crédits alloués, n'est pas finalisée, en raison de la réforme territoriale. Il a été demandé à l'INCa d'attendre que la nouvelle organisation des régions se mette en place.

Le suivi des UCOG se poursuit, avec un questionnaire en ligne DGOS-INCa qui permet d'évaluer l'activité en 2014 des UCOG dans les missions qui leur ont été confiées ; les résultats de ce suivi ont été publiés sur le portail des données de l'INCa au premier trimestre 2016.

Décembre 2016
Le suivi de l'organisation spécifique en oncogériatrie se poursuit, avec publication en ligne sur le portail des Données du cancer de la synthèse de l'activité des UCOG en 2014 et 2015. Une implication plus forte de la communauté des oncologues-cancérologues-hématologues est souhaitée pour la prise en charge tout au long de son parcours du patient âgé atteint de cancer.
L'organisation du recours au gériatre en cancérologie gériatrique doit être clarifiée.

N°	Libellé	Responsable de l'action	Jalons terminés	État calculé de l'action
2.17	Inclure une formation en gériatrie dans le DES d'oncologie et dans la formation de cancérologie.	DGESIP	2 sur 4 (50%)	Retard (de 3 à 9 mois)

Jalon	Fin prévue le	État du Jalon
Proposition d'un nouveau schéma d'organisation du 3ème cycle des études médicales	30/06/14	Terminé

Jalon	Fin prévue le	État du Jalon
Elaboration du référentiel de formation du DES d'oncologie	30/06/15	Terminé
Publication de l'arrêté organisant la nouvelle formation	30/04/16	En cours - Retard (de 3 à 9 mois)
Mise en oeuvre de la nouvelle formation	01/09/16	En cours - Retard (de 3 à 9 mois)

Le décret relatif à l'organisation du 3ème cycle des études de médecine et modifiant le code de l'éducation a été publié. Le projet d'arrêté fixant la réglementation des diplômes d'études spécialisées de médecine est dans sa phase finale de construction, la maquette du DES d'oncologie a été élaborée mais s'inscrit dans le travail des maquettes des autres spécialités qui seront annexées à l'arrêté. Une formation en gériatrie est souhaitée par le coordonnateur du DES d'oncologie dans le cadre d'une formation spécialisée transversale (FST) mais il existera un DES en gériatrie à part entière. Une formation axée sur des connaissances transversales à acquérir en gériatrie ou un stage obligatoire au sein du DES d'oncologie est donc plus probable. Un enseignement sur les spécificités du sujet âgé dans le module de l'oncologue interniste est aussi prévu. La mise en oeuvre est prévue pour la rentrée universitaire 2017-2018.

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

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

N°	Libellé	Responsable de l'action	Jalons terminés	État calculé de l'action
2.19	Généraliser le dossier communicant de cancérologie (DCC) et mobiliser les outils de communication numérique au service de la coordination ville-hôpital.	DSSIS	9 sur 19 (47%)	Retard (de 3 à 9 mois)

Jalon	Fin prévue le	État du Jalon
2.19.1 Définition des indicateurs d'évaluation de la montée en charge du DCC	30/07/14	Terminé
2.19.1 Ouverture de l'annuaire national des RCP (ANRCP)	23/09/14	Terminé
2.19.1 Ouverture de la plateforme de suivi de la montée en charge	30/12/14	Terminé
2.19.3 Action DGOS, circulaire de promotion de l'usage de la messagerie sécurisée en santé (MSS)	30/12/14	Terminé
2.19.1 Amélioration de l'outil ANRCP	30/06/15	Terminé
2.19.1 Travaux de spécification du contenu métier du PPS	30/12/15	Terminé
2.19.3 Action législative de relance du DMP pour les patients atteints de maladies chroniques dont le cancer	30/12/15	Terminé
2.19.1 Spécifications techniques (cadre d'interopérabilité) du PPS	30/06/16	En cours - Retard (de 3 à 9 mois)
2.19.2 Identification des critères "macroscopiques" de bonnes pratiques pour la prise en charge des 5 cancers de plus haute prévalence	30/06/16	En cours - Retard (de 3 à 9 mois)
2.19.1 Adaptation de la plateforme de suivi de la montée en charge	30/12/16	Terminé
2.19.1 Nouveaux indicateurs, recueil 2017	30/12/16	Terminé

Au premier Janvier 2017, les spécifications techniques permettant l'interopérabilité du Programme Personnalisé de Soins (PPS) avec les outils des professionnels de santé dont le médecin traitant ne sont pas achevées. Ceci est dû au retard pris par la validation métier du document INCa. Par ailleurs, les travaux sur l'identification macroscopique des bonnes pratiques de prise en charge ne sont pas terminés du fait du changement du porteur du projet au niveau de l'INCa.

Le dossier communicant de cancérologie (DCC) poursuit son déploiement au niveau national. En 2015, 77% des patients atteints de cancer en possèdent un, en augmentation de 8% par rapport à 2014. L'instruction aux ARS SG/DSSIS/INCa/2016/109 du 5 avril 2016 permet d'en enrichir le contenu en intégrant les comptes rendus d'anatomo-cyto-pathologie.

N°	Libellé	Responsable de l'action	Jalons terminés	État calculé de l'action
2.20	Faire évoluer les programmes personnalisés de soins (PPS) et de l'après-cancer (PPAC), intégrés à terme dans le DCC, vers des outils opérationnels de déclinaison de la prise en charge et d'interface ville-hôpital. (en lien avec l'action 7.3).	INCa	4 sur 8 (50%)	Retard (de 3 à 9 mois)

Jalon	Fin prévue le	État du Jalon
Circulaire DGOS de promotion de l'usage de la messagerie sécurisée en santé (MSS) cf. action 2.19.3	30/12/14	Terminé
Séminaire RRC : retours d'expériences des 10 RRC ayant mis en place un PPS informatisé et ateliers pour la mise en œuvre du PPS	30/04/15	Terminé
Traduction technique (formalisation) des contenus métier PPS pour leur intégration au DCC - cf action 2.19.1	30/07/15	Terminé
Spécifications techniques du cadre d'interopérabilité (ASIP-Santé) du PPS - cf. action 2.19.1	30/06/16	En cours - Retard (de 3 à 9 mois)
2.20.3 Contribution des équipes de premier recours au contenu du PPS (évolution du PPS) - cf action 7.3	31/12/16	Terminé

Les équipes de premier recours ont participé aux travaux de définition du périmètre et des modalités d'usage du programme personnalisé de soins. Au 1er Janvier 2017, les spécifications techniques permettant l'interopérabilité du programme personnalisé de soins avec les outils des professionnels de santé dont le médecin traitant ne sont pas achevées. Ceci est dû au retard pris par la validation métier du document INCa.

N°	Libellé	Responsable de l'action	Jalons terminés	État calculé de l'action
2.21	Développer la télémédecine notamment pour les départements d'outre-mer dans le cadre de la Stratégie nationale de santé.	DGOS	2 sur 3 (67%)	Retard (plus de 9 mois)

Jalon	Fin prévue le	État du Jalon
Recensement annuel 2014 des projets de télémédecine auprès des ARS	31/12/14	Terminé
Exploitation du recensement annuel : état des lieux des projets et capitalisation sur les expériences réussies en régions	31/12/15	Non débuté - Retard (plus de 9 mois)
Recensement annuel 2015 des projets de télémédecine auprès des ARS	31/12/15	Terminé

La DGOS a lancé début 2014 et pour une durée de quatre ans des expérimentations au sein de 9 régions pilotes afin d'évaluer les effets d'une tarification des actes de télémédecine en vue de leur généralisation. Les pathologies et spécialités pour lesquelles les expérimentations étaient initialement prévues concernaient la prise en charge des plaies chroniques et complexes, la psychiatrie, la gériatrie, l'insuffisance cardiaque et l'insuffisance rénale.
De nouvelles orientations en faveur du développement de la télémédecine ont été adoptées en 2016, au travers de l'article 47 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2017. Elles consistent à :
- étendre l'expérimentation à l'ensemble du territoire français
- proroger d'un an l'expérimentation
- l'ouvrir aux établissements de santé
- rémunérer les structures requérantes
- supprimer la contractualisation avec les ARS

N°	Libellé	Responsable de l'action	Jalons terminés	État calculé de l'action
2.22	Mettre à disposition des professionnels de premier recours des outils de bonnes pratiques pour l'organisation des parcours de soins en ambulatoire.	INCa	2 sur 7 (29%)	Retard (moins de 3 mois)

Jalon	Fin prévue le	État du Jalon
Cadrage de la méthode de production des outils	31/12/14	Terminé
Mise à disposition d'outils pour la prise en charge des patients à destination des médecins généralistes pour 20% des cancers incidents	31/12/15	Terminé
Mise à disposition d'outils pour la prise des patients à destination des médecins généralistes pour 50% des cancers incidents	31/12/16	En cours - Retard (moins de 3 mois)

O 3 : ACCOMPAGNER LES ÉVOLUTIONS TECHNOLOGIQUES ET THÉRAPEUTIQUES

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

Sous objectif : Sécuriser l'utilisation des chimiothérapies orales

N°	Libellé	Responsable de l'action	Jalons terminés	État calculé de l'action
3.1	Définir les bonnes pratiques d'utilisation des chimiothérapies orales pour accompagner les professionnels en ville et à l'hôpital.	INCa	3 sur 8 (38%)	Retard (de 3 à 9 mois)
	Jalon		**Fin prévue le**	**État du Jalon**
	Développement d'une page dédiée sur le site du ministère de la Santé à la mutualisation des travaux et outils élaborés par les Omedit et RRC		20/06/14	Terminé
	Publication de recommandations sur la prévention et la gestion des effets indésirables des anticancéreux oraux (hors cytotoxiques) en hématologie		31/03/15	Terminé
	Publication de recommandations nationales sur la prévention et la gestion des effets indésirables des thérapies ciblées orales		31/12/15	Terminé
	Mise à disposition de fiches synthétiques pour les professionnels de ville sur 50 % des anticancéreux oraux (notamment chimiothérapies cytotoxiques)		30/06/16	En cours - Retard (de 3 à 9 mois)
	Publication de recommandations nationales sur la prévention et la gestion des effets indésirables des hormonothérapies		30/06/16	En cours - Retard (de 3 à 9 mois)
	Mise à disposition de fiches synthétiques pour les professionnels de ville sur tous les anticancéreux oraux		31/12/16	Non débuté - Retard (moins de 3 mois)
	Une nouvelle collection sur les médicaments anticancéreux et à destination des professionnels de santé a été lancée afin de les aider à "informer, prévenir et gérer leurs effets indésirables". Dix-neuf molécules données par voie orale font actuellement l'objet d'une telle recommandation, consultable sous un format interactif. Cette collection sera complétée régulièrement pour couvrir de nouvelles classes de médicaments anticancéreux.			

N°	Libellé	Responsable de l'action	Jalons terminés	État calculé de l'action
3.2	Adapter les organisations à l'essor des chimiothérapies orales.	DGOS	11 sur 14 (79%)	Retard (plus de 9 mois)
	Jalon		**Fin prévue le**	**État du Jalon**
	Création d'un dossier web sur la prise en charge des patients traités par chimiothérapie orale sur le site du ministère (DGOS) -cf.action 3.1		30/06/14	Terminé
	Démarrage du groupe de travail sur l'amélioration de la qualité de la prise en charge des patients traités par chimiothérapie orale (Pilote: DGOS)		30/06/14	Terminé
	Lancement de l'appel à projets du PREPS (Programme de recherche sur la performance du système des soins) (pilote: DGOS)		30/06/14	Terminé
	Mise en place du Copil cancer du CORETAH (cf. action 17.5)		30/06/14	Terminé
	Mobilisation d'un financement via le FIR sur la coordination ville-hôpital autour de la prise en charge médicamenteuse (notamment chimio orale)		30/06/14	Terminé
	Inscription de la thématique dans les programmes de formation continue de portée nationale (instruction DGOS du 28 juillet 2014)		30/07/14	Terminé
	Analyse des offres suite à l'appel à projets ANFH		15/10/14	Terminé
	Etat des lieux sur les parcours patients traités par chimiothérapie orale à partir des bases de données existantes en lien avec la CNAMTS		31/12/14	En cours - Retard (plus de 9 mois)

Jalon	Fin prévue le	État du Jalon
Bilan de la SSP sur la thématique chimiothérapie et mise en ligne des expériences sur le dossier web	30/06/15	Terminé
Définition d'un plan d'actions par le groupe de travail sur l'amélioration de la prise en charge des patients traités par chimio orale	30/06/15	Terminé
Circulaire budgétaire DGOS pour 2016: annonce d'un nouveau modèle de financement de la consultation de PPCO par la création d'une MIGAC au dernier trimestre 2016.	30/06/16	Terminé
Circulaire budgétaire DGOS pour 2016 : lancement d'un recueil DGOS/ATIH sur la primo-prescription de chimiothérapie orale accompagné d'un guide de 1ers éléments de contour de cette primo prescription.	30/06/16	Terminé

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

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

Dans ce cadre, la DGOS a rencontré, en lien avec l'INCa, les sociétés savantes du champ de la cancérologie (SFC, SFH, SFCE) ainsi que le groupe interface ARS du PK3.
Cette réflexion a démarré fin 2014- 1er trimestre 2015 par une enquête auprès des acteurs sur les besoins d'évolution de cette activité, de son organisation et de son financement.
A partir de ces enseignements, les travaux techniques visant à cadrer l'organisation et à adapter le financement de ces activités ont démarré :
-En réponse à une saisine DGOS de l'INCa en juillet 2015 pour l'élaboration des pré-requis organisationnels transversaux (chemin clinique) de la chimiothérapie orale, deux documents INCa ont été remis à la DGOS, l'un en mai 2016 sur "la projection du développement des chimiothérapies orales à court, moyen et long termes", et le second en juillet 2016 sur "l'organisation de la prise en charge des patients atteints d'un cancer traités par chimiothérapie orale" ;
Elaboration en cours par la DGOS d'un projet de cahier des charges à l'attention des ARS sur le cadre organisationnel territorial de la chimiothérapie orale. Il fixera des organisations cibles et tiendra compte notamment des liens entre l'hôpital et la médecine de ville dans le parcours de soins des patients. Le calendrier prévu est la publication d'une instruction au premier semestre 2017 sur la base notamment de l'état des lieux DGOS précité et des pré-requis établis par l'INCa ;
Dans le cadre de la campagne budgétaire 2016 (cf. circulaire budgétaire de mai 2016), la DGOS met en oeuvre une dotation budgétaire de financement de la primo-prescription de chimiothérapie orale pour les titulaires d'autorisation d'exercer l'activité de traitement du cancer. La DGOS a ainsi créé et mis en place, dès le premier trimestre 2016, un recueil d'activité mensuel des consultations hospitalières de primo-prescription de chimiothérapie orale. Ce recueil a permis la diffusion auprès des établissements de santé d'un guide DGOS de renseignement du recueil intégrant, à partir de premières transmissions INCa sur ce parcours de soins -, des éléments de cadrage organisationnels de cette primo-prescription répondant aux enjeux d'observance du patient et de coordination des soins avec la médecine de ville. Le dernier trimestre 2016 est consacré à une analyse des résultats du recueil et à la modélisation de la dotation.
Au dernier trimestre 2016, le ministère de la santé a diffusé auprès des ARS des fiches thématiques élaborées par la DGOS pour chacune des 18 activités de soins soumises à autorisation, en vue d'alimenter l'instruction SGMAS n°2016-154 du 21 octobre 2016 relative à la territorialisation de la politique de santé en application des articles 158 et 162 de la loi 2016-41 de modernisation de notre système de santé. La fiche relative à l'activité de traitement du cancer intère des éléments sur la chimiothérapie orale et constitue un outil pour l'élaboration par les ARS du futur SRS-PRS.

N°	Libellé	Responsable de l'action	Jalons terminés	État calculé de l'action
3.3	Impliquer le patient en développant l'éducation thérapeutique en cancérologie.	INCa	1 sur 6 (17%)	Retard (moins de 3 mois)

Jalon	Fin prévue le	État du Jalon
Lancement de l'appel à projets "formation d'équipes pluridisciplinaires à l'éducation thérapeutique des patients sous chimiothérapie orale"	15/03/14	Terminé
Elaboration de fiches pratiques par molécule destinées aux patients sur la prévention et la gestion des effets secondaires des anticancéreux per os	31/12/16	En cours - Retard (moins de 3 mois)
Mise à disposition des fiches pratiques par molécule destinées aux patients (prévention et gestion des effets secondaires des anticancéreux per os)	31/12/16	Non débuté - Retard (moins de 3 mois)

Cette action est liée à l'action 3.1 (Définir des bonnes pratiques d'utilisation des chimiothérapies orales pour accompagner les professionnels en ville et à l'hôpital).
Dix-neuf molécules données par voie orale font actuellement l'objet d'une recommandation à destination des professionnels de santé pour prévenir et gérer leurs effets indésirables. Ces recommandations ont permis d'élaborer en 2016 des fiches pratiques par médicament plus adaptées à la pratique des professionnels de premier recours, notamment médecins généralistes et pharmaciens d'officine. L'intérêt d'une production de fiches spécifiquement destinées aux patients est actuellement en cours de réflexion.

N°	Libellé	Responsable de l'action	Jalons terminés	État calculé de l'action
3.4	Définir les conditions de sécurité et de qualité de délivrance et d'administration des anticancéreux à domicile.	DGOS	4 sur 7 (57%)	Retard (plus de 9 mois)
	Jalon		**Fin prévue le**	**État du Jalon**
	Etat des lieux sur les conditions de prescription et de délivrance de l'ensemble des chimiothérapies orales (ANSM, INCA)		15/11/14	Terminé
	Identifier les besoins de modification des CPD, en lien avec le GT chimio orale, et en lien avec les analyses issues du COPIL cancer (cf action 17.5)		30/03/15	En cours - Retard (plus de 9 mois)
	Mettre en place un groupe de travail inter-direction (DGOS/ANSM/INCA/DGS)		30/03/15	Terminé
	Circulaire DGOS budgétaire pour 2016 : annonce d'un nouveau modèle de financement de la consultation de primo-prescription de chimiothérapie orale par la création d'une MIGAC au dernier trimestre 2016		01/06/16	Terminé
	Circulaire DGOS budgétaire pour 2016 : lancement d'un recueil DGOS/ATIH sur la primo-prescription de chimiothérapie orale accompagné d'un guide de premiers éléments de contour de cette primo-prescription.		01/06/16	Terminé
	Suivant les besoins identifiés, modifier les CPD des chimiothérapies orales (AMM) et encadrer et financer au besoin les modifications de pratiques		31/12/16	Non débuté - Retard (moins de 3 mois)

Le calendrier de cette action a été retardé, dans l'attente des conclusions de deux travaux:
1- travaux attendus de l'ANSM, de l'INCa et de la CNAMTS sur les conditions de prescription et délivrance des chimiothérapies orales (saisine DGOS réalisée en octobre 2015),
2- expertise INCa sur les thérapeutiques orales (définition du parcours de soins des patients et projection du développement de ces nouvelles thérapeutiques - saisine DGOS du 29 juillet 2015).

L'objectif général de sécurisation de la délivrance de la chimiothérapie orale à domicile, porté par l'action 3.4, est abordé dans le cadre de plusieurs travaux:
Lles travaux de l'ex-CORETAH CANCER, piloté par la DGOS (action 17.5) sur les évolutions des organisations et des financements en cancérologie. A l'issue une phase d'enquête et de concertation auprès des acteurs et professionnels du champ du cancer, la DGOS a engagé depuis début 2015, en lien avec l'INCa, des réflexions techniques pour définir les conditions dans lesquelles doit être organisé et financé le bilan d'initiation de la chimiothérapie orale, dans le respect des exigences de qualité et sécurité des prises en charge.

Les travaux pilotés par la DGOS (action 3.2), en lien avec l'INCa, sur les aspects organisationnels visant l'accompagnement de l'essor des chimiothérapies orales :
. livrables INCa sollicités par la DGOS ont été remis sur la base des deux livrables INCa remis à la DGOS, l'un en mai 2016 sur "la projection du développement des chimiothérapies orales à court, moyen et long termes", et le second en juillet 2016 sur "l'organisation de la prise en charge des patients atteints d'un cancer traités par chimiothérapie orale" ;
Dans le cadre de la campagne budgétaire 2016 (cf. circulaire budgétaire de mai 2016), la DGOS met en oeuvre une dotation budgétaire de financement de la primo-prescription de chimiothérapie orale pour les titulaires d'autorisation d'exercer l'activité de traitement du cancer : création et mis en place, dès le premier trimestre 2016, d'un recueil d'activité mensuel des consultations hospitalières de primo-prescription de chimiothérapie orale avec diffusion d'un guide DGOS de renseignement du recueil intégrant, - à partir de premières transmissions INCa sur ce parcours de soins -, des éléments de cadrage organisationnels de cette primo-prescription répondant aux enjeux d'observance du patient et de coordination des soins avec la médecine de ville. Le dernier trimestre 2016 est consacré à une analyse des résultats du recueil et à la modélisation de la dotation.
Elaboration en cours par la DGOS d'un projet de cahier des charges à l'attention des ARS sur le cadre organisationnel territorial de la chimiothérapie orale qui fixera des organisations cibles et tiendra compte notamment des liens entre l'hôpital et la médecine de ville dans le parcours de soins des patients. Le calendrier prévu est la publication d'une instruction au premier semestre 2017 sur la base des recommandations établies par l'INCa ;

En parallèle, l'INCA, l'ANSM et la CNAMTS ont été saisis pour établir un état des lieux des conditions de prescription et de délivrance (CPD) de l'ensemble des chimiothérapies. Une première réunion inter-institution a eu lieu le 11 décembre 2015. Sur la base des états des lieux réalisés par l'INCA, l'ANSM et la CNAMTS, l'objectif est de mettre en exergue les éventuels atypies et d'identifier les besoins d'évolution. Actuellement, la dispensation de la majorité des chimiothérapie par voie orale est réalisée en officine de ville et en rétrocession. Ces produits sont à risque iatrogène très élevé et sont susceptibles d'entrainer de nombreux effets indésirables. Cette dispensation doit être organisée et sécurisée.
Sur cette base, la CNAMTS a été interrogée (1er décembre 2015) afin de connaitre les données de dispensation en officine, l'évaluation du nomadisme officinal sur les primo-prescriptions et les renouvellements, la file active de patients sur 2 ans et les spécialités des prescripteurs par région.

En parallèle, l'INCa émet depuis 2015 une succession de recommandations sur la prévention et la gestion des effets indésirables des anticancéreux par voie orale. Ces recommandations sont publiés sur le site internet de l'INCa.

Sous objectif : Développer la chirurgie ambulatoire en cancérologie

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

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

N°	Libellé	Responsable de l'action	Jalons terminés	État calculé de l'action
3.6	Pour les actes de chirurgie en ambulatoire ayant démontré leur bénéfice pour les patients et leur faisabilité, les inscrire dans la politique d'incitation tarifaire ou de contractualisation et mettre en place des indicateurs de qualité et de sécurité des soins.	DGOS	4 sur 4 (100%)	Achevée

En appui du déploiement de l'expérimentation de chirurgie ambulatoire en cancérologie, la même attention sera portée au suivi des indicateurs de qualité et sécurité des soins que pour le reste du programme de développement de la chirurgie ambulatoire et ce suivi s'effectuera selon des modalités identiques.
Une analyse nationale nationale des CPOM ARS est réalisée chaque année avec l'objectif de repérer les bonnes pratiques développées en chirurgie ambulatoire.

N°	Libellé	Responsable de l'action	Jalons terminés	État calculé de l'action
3.7	Soutenir la réorganisation des services pour le développement de la chirurgie ambulatoire avec une phase d'expérimentations et d'aide à la conduite du changement dans des sites pilotes dans un premier temps.	DGOS	4 sur 7 (57%)	Retard (de 3 à 9 mois)

Jalon	Fin prévue le	État du Jalon
Définition du cahier des charges national de l'expérimentation de chirurgie ambulatoire	31/12/14	Terminé
Lancement de l'appel à candidatures et sélection des équipes hospitalières pilotes	30/06/15	Terminé
Travail conjoint avec les ARS (état des lieux et retour d'expériences)	30/06/15	Terminé
Analyse des résultats atteints par les équipes pilotes des expérimentations	30/06/16	Non débuté - Retard (de 3 à 9 mois)
Organisation de l'accompagnement des équipes par un prestataire externe, chargé de réaliser une évaluation organisationnelle et médico-économique des projets.	30/06/16	Terminé
Diffusion des modes d'organisation efficients	31/12/16	Non débuté - Retard (moins de 3 mois)
Recommandations de "bonnes pratiques organisationnelles" de chirurgie ambulatoire	31/12/16	Non débuté - Retard (moins de 3 mois)

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

Au terme d'une procédure de consultation large associant la Haute Autorité de santé, les agences régionales de santé, les sociétés savantes, les représentants des directeurs, des cadres de santé des établissements et des associations de patients, la DGOS et l'INCa ont retenu 36 projets couvrant les principales spécialités chirurgicales, catégories d'établissements et grandes régions. Les prises en charge concernent le cancer du sein (23 projets), les cancers gynécologiques (2 projets), les cancers digestifs (2 projets), les cancers ORL (2 projets), les cancers urologiques (2 projets) ou plusieurs pathologies tumorales (5 projets). Au total, le financement de ces projets s'élève à 3 millions d'euros.

Au terme des 2 ans de mise en œuvre des projets, une évaluation médico-économique nationale conduite avec l'aide d'un prestataire externe, à partir de l'observation du chemin clinique des patients et en englobant l'amont et l'aval de la séquence chirurgicale sera réalisée. L'évaluation visera à dégager les processus organisationnels permettant de développer ce type de prise en charge et à apprécier le coût de la prise en charge en chirurgie ambulatoire.

Sous objectif : Favoriser le développement de la radiologie interventionnelle

N°	Libellé	Responsable de l'action	Jalons terminés	État calculé de l'action
3.8	Améliorer la lisibilité de l'offre en identifiant les équipes pratiquant la radiologie interventionnelle, et le repérage des actes concernés et identifier et mener les évolutions nécessaires du dispositif réglementaire et tarifaire.	DGOS	4 sur 10 (40%)	Retard (plus de 9 mois)

Jalon	Fin prévue le	État du Jalon
Définition du périmètre et de la segmentation de l'activité en fonction du niveau d'exigence requis pour assurer la qualité et la sécurité des soins	30/06/15	Terminé

Jalon	Fin prévue le	État du Jalon
Lancement d'un groupe de travail transversal sur la radiologie interventionnelle	30/06/15	Terminé
Etat des lieux : action de veille prévue à l'action 5.11	31/12/15	En cours - Retard (plus de 9 mois)
Sur la base des travaux réalisés au 1er semestre, identification avec les ARS des modalités les plus adaptées pour améliorer la lisibilité de l'offre	31/12/15	En cours - Retard (plus de 9 mois)
Enquête sur les pratiques et organisations à l'international	01/01/16	Terminé
Mobilisation des professionnels pour inscription aux programmes de recherche	30/06/16	Terminé
Repérage des actes de RI auprès des professionnels	30/06/16	En cours - Retard (de 3 à 9 mois)
Mise en œuvre des actions permettant d'améliorer la lisibilité de l'offre et le repérage de l'activité réalisée par chaque ES (suite travaux de 2015)	31/12/16	Non débuté - Retard (moins de 3 mois)
Travaux sur la classification, en lien avec l'ATIH, la CNAMTS et la HAS, pour faire évoluer les GHM et la tarification	31/12/16	En cours - Retard (moins de 3 mois)

Une démarche globale a été engagée par la DGOS pour mieux accompagner le développement de l'imagerie interventionnelle (incluant la radiologie interventionnelle). Un groupe de travail, piloté par la DGOS, et intégrant les partenaires du champ du cancer (INCa, UNICANCER, etc.) est en place depuis le 1er juin 2015. Il a pour ambition de mieux structurer ce champ d'activité, de renforcer sa lisibilité et d'homogénéiser les pratiques en vigueur afin de garantir la qualité et sécurité des soins délivrés.
Deux types de démarches seront mobilisées à l'appui de ces objectifs dans les années à venir:
- les travaux sur l'évolution de l'encadrement des activités de soins, qui seront engagés sur la base de l'article 204 de la loi de modernisation de notre système de santé et qui répondront à l'objectif de mieux encadrer et reconaitre l'activité de radiologie interventionnelle
- les travaux d'évolution de la classification et tarification des actes avec :
* à court terme, la poursuite de l'intégration pluriannuelle par l'ATIH dans son programme de travail des demandes d'évolution ponctuelle portées par les fédérations hospitalières
* à moyen terme, dans un calendrier cohérent avec celui de la structuration de l'activité d'imagerie interventionnelle, la prise en compte de l'interventionnel dans l'algorithme de la classification PMSI.
Les travaux de définition de l'activité ont été terminés pour fin 2016. Le démarrage de la discussion sur les critères de classement des actes et la présentation des analyses des bases PMSI MCO et SNIIRAM permettant d'avoir une vision qualitative et quantitative précise de l'activité ont également démarré en 2016.

En complément des travaux en cours de la DGOS en vue de l'évolution du régime d'autorisation des activités de soins, l'INca a engagé des travaux d'expertise eu vue de l'évolution des critères d'agrément qui pourront être intégrés au futur régime d'autorisation. Ils intègrent le champ de l'oncologie intervebntionnelle et à ce titre, l'INCa, en s'appuyant sur un groupe d'experts, listera les actes de radiologie interventionnelle en oncologie, identifier les équipes pratiquant ces actes, et proposer, dans le cadre de la gradation des soins, ce qui relève d'un équipement de « centre de proximité » et ce qui relève d'une structure de « recours ».

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

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

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

N°	Libellé	Responsable de l'action	Jalons terminés	État calculé de l'action
3.11	Garantir une offre adaptée en équipements de radiothérapie sur le territoire et en améliorer la lisibilité afin de faciliter les orientations adéquates des patients et réduire les délais d'accès.	DGOS	8 sur 12 (67%)	Retard (plus de 9 mois)

Jalon	Fin prévue le	État du Jalon
Publication de l'avis et des travaux du groupe d'experts permanent de l'ASN sur "les conditions de mise en oeuvre des nouvelles techniques et pratiques de radiothérapie"	01/03/15	Terminé
Publication du rapport d'évaluation de la HAS sur les indications de la radiothérapie pour le cancer du col de l'utérus	01/03/15	Terminé
Synthèse des recommandations nationales et internationales sur la radiothérapie pour les cancers du sein et de la prostate remise au ministère en vue de l'expérimentation (INCa)	01/05/15	Terminé
Publication de recommandations INCa sur la radiothérapie du cancer du sein in situ	01/07/15	Terminé
Restitution et analyse de l'enquête de pratiques de la radiothérapie pour le cancer du sein et de la prostate et de l'enquête de coûts de la radiothérapie réalisées par la DGOS/ATIH au COPIL expérimentation d'un nouveau modèle de financement de la radiothérapie	08/07/15	Terminé
Publication des recommandations de la HAS sur les indications de la radiothérapie pour le cancer du canal anal	01/08/15	Terminé
Expertise INCa sollicité par la DGOS sur les évolutions proposées par le COPIL expérimentation d'un nouveau modèle de financement de la radiothérapie pour le cancer du sein et le cancer de la prostate	31/12/15	En cours - Retard (plus de 9 mois)
Observatoire national de la radiothérapie sous l'égide de l'INCa	31/12/15	Terminé
Recommandations INCa sur la radiothérapie dans le cadre des travaux préparatoires DGOS en vue de l'expérimentation d'un nouveau modèle de financement	31/12/15	Terminé
Identifier ce qui sera rendu opposable aux titulaires de l'autorisation de traitement du cancer par radiothérapie (cf. actions 2.4, 2.5, 2.6)	31/12/16	En cours - Retard (moins de 3 mois)

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

L'identification des indications et bonnes pratiques de radiothérapie, notamment de haute précision, est un élément préalable indispensable à la définition d'un maillage territorial adapté en radiothérapie. Pour disposer de ces éléments d'information, la DGOS a sollicité plusieurs types de travaux d'expertise en 2014 :
- saisine de l'INCa fin 2013, visant des recommandations d'utilisation de la RCMI pour les localisations sein et prostate.
- La HAS a évalué la RCMI dans deux indications en vue de leur remboursement : le col de l'utérus (mars 2015) et le canal anal (août 2015).
A cette occasion, la HAS s'est prononcée sur ses attentes en matière d'évaluation des nouvelles techniques de radiothérapie.
- La HAS a finalisé le rapport d'évaluation sur la radiothérapie stéréotaxique dans le traitement des tumeurs hépatiques en septembre 2016.
- Les résultats finaux de l'évaluation médico-économique de la radiothérapie per-opératoire dans les cancers du sein sont disponibles depuis le 6 mars 2015. Ils ont été transmis à la HAS afin que l'évaluation de l'acte puisse être finalisée et que les travaux d'établissement d'une tarification de l'acte avec la DGOS et la CNAMTS débutent. La HAS a finalisé le rapport d'évaluation en avril 2016 et préconise, au vu des éléments actuellement réunis, de réserver l'utilisation de cette technique dans un cadre de recherche clinique.
- Transmission en mai 2015 par l'INCa des travaux sur les recommandations internationales et nationales concernant la radiothérapie pour les localisations sein et prostate. Ces travaux qui prennent en compte les recommandations SFRO de 2015, avaient été sollicités par la DGOS pour préparer l'expérimentation d'un nouveau modèle de financement de la radiothérapie. La restitution au COPIL expé radiothérapie a eu lieu en juillet 2015,
- Les travaux en cours à la DGOS sur la généralisation du Répertoire Opérationnel des Ressources (ROR) devraient par ailleurs permettre contribuer à répondre aux enjeux de meilleure lisibilité de l'offre de traitement du cancer par radiothérapie.
- Travaux en cours lancés en 2016 au ministère de la santé, en lien avec l'INCa, l'ASN et l'ANSM, visant une stratégie globale et coordonnée d'implémentation sécurisée des nouvelles techniques de radiothérapie, à partir notamment des recommandations du GPMED de l'ASN publiées en mai 2015. L'actualisation des recommandations SFRO sur les techniques de radiothérapie "RECORAD" publiée en octobre 2016, contribueront aussi aux travaux précités ainsi qu'à l'expérimentation d'un nouveau modèle de financement de la radiothérapie .
- Au dernier trimestre 2016, le ministère de la santé a diffusé auprès des ARS des fiches thématiques élaborées par la DGOS pour chacune des 18 activités de soins soumises à autorisation, en vue d'alimenter l'instruction SGMAS n°2016-154 du 21 octobre 2016 relative à la territorialisation de la politique de santé en application des articles 158 et 162 de la loi 2016-41 de modernisation de notre système de santé. La fiche relative à l'activité de traitement du cancer intère des éléments sur la radiothérapie et constitue un outil pour l'élaboration par l'ARS du futur SRS-PRS.

N°	Libellé	Responsable de l'action	Jalons terminés	État calculé de l'action
3.12	Harmoniser et rapprocher le système de codage des actes de radiothérapie dans les secteurs publics et privés, afin de pouvoir piloter une politique nationale en matière de radiothérapie.	DGOS	8 sur 13 (62%)	Retard (plus de 9 mois)

Jalon	Fin prévue le	État du Jalon
Lancer la préparation d'une expérimentation d'un nouveau modèle de financement de la radiothérapie pour 2 localisations de tumeurs (sein, prostate)	31/12/14	Terminé
Document INCa de synthèse des recommandations nationales et internationales sur la radiothérapie pour le cancer du sein et le cancer de la prostate remis au ministère en vue de l'expérimentation	01/05/15	Terminé
Synthèse des recommandations nationales et internationales sur la radiothérapie pour les cancers du sein et de la prostate remise au ministère (INCa)	01/05/15	Terminé
Enquête de coûts de la radiothérapie (centres hospitaliers et libéraux) pour les cancers sein et prostate (ATIH) et analyse nationale par la DGOS	30/06/15	Terminé
Enquête de pratique de la radiothérapie (centres hospitaliers et libéraux) pour les cancers sein et prostate (ATIH) et analyse nationale par la DGOS	30/06/15	Terminé
Publication de recommandations INCa sur la prise en charge du cancer du sein in situ	01/07/15	Terminé
Publication de recommandations INCa sur la radiothérapie du cancer du sein in situ	01/07/15	Terminé
Lancement des travaux de modèlisation à partir de propositions DGOS sur le périmètre et les schémas de financement de la radiothérapie oncologique et recensement des avis et propositions de principes de modèles de financement auprès du COPIL ad hoc.	08/07/15	Terminé
Conception recueil d'informations médicalisé de soins de la radiothérapie (sein, prostate)	31/12/15	En cours - Retard (plus de 9 mois)
Elaboration d'un nouveau modèle de financement pour les centres hospitaliers et libéraux (sein, prostate)	31/12/15	En cours - Retard (plus de 9 mois)
Expertise INCa sollicité par la DGOS sur les évolutions proposées dans le cadre du COPIL expérimentation d'un nouveau modèle de financement de la radiothérapie pour le cancer du sein et le cancer de la prostate	31/12/15	En cours - Retard (plus de 9 mois)

Les travaux de modélisation du financement en radiothérapie n'ont pu démarrer qu'à partir du dernier trimestre 2015, après une phase plus longue que prévu de recueil des recommandations de l'INCa et d'état des pratiques et coûts auprès des professionnels.

Les travaux expérimentaux, conduits en application de l'article 43 de la LFSS pour 2014 en vue d'un nouveau modèle de financement de la radiothérapie, concourront au rapprochement des systèmes de codage et tarification de la radiothérapie publique et privée. L'expérimentation a démarré en début d'année 2014 sur les localisations sein et prostate avec la conduite dans un premier temps de travaux d'expertise:
- appel à candidatures en mars 2014 auprès d'équipes de radiothérapie volontaires;
- démarrage des enquêtes de coût et de pratiques en juillet 2014
Au total, 63 centres de radiothérapie sont mobilisés pour l'enquête de pratiques, dont 30 participent également à l'étude de coûts.
- Restitution des résultats des enquêtes de pratiques et de coûts en groupe technique pilotée par la DGOS/ATIH puis dans le cadre du COPIL-expérimentation d'un nouveau modèle de financement de la radiothérapie oncologique début juillet 2015.
- Transmission en mai 2015 par l'INCa des travaux sur les recommandations internationales et nationales concernant la radiothérapie pour les localisations sein et prostate. Ces travaux qui prennent en compte le projet de recommandations SFRO 2015, avaient été sollicités par la DGOS pour préparer l'expérimentation d'un nouveau modèle de financement de la radiothérapie.
Sur la base des conclusions de ces enquêtes et des travaux INCa se sont engagés au second semestre 2015 les travaux permettant de définir le modèle de financement innovant le plus approprié.
Par ailleurs, les constructeurs et éditeurs de logiciels ont été sollicités en vue de l'adaptation des systèmes d'information pour la facturation et le recueil médicalisé de soins.
- L'année 2016 a été consacrée, en concertation avec l'ensemble des acteurs concernés, à la détermination des éléments du périmètre du nouveau modèle et à l'élaboration d'une proposition partagée, de type forfaitaire, fondée sur une approche par technique de radiothérapie.
Ce modèle, désormais en cours de finalisation, va donner lieu à une première année d'expérimentation «à blanc » en 2017, avec la mise en place d'un recueil d'information médicalisée dédié en cours d'élaboration.

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

N°	Libellé	Responsable de l'action	Jalons terminés	État calculé de l'action
3.14	Évaluer globalement la démarche de qualité/analyse de risque de radiothérapie, mise en place et soutenue dans le cadre du Plan cancer 2009-2013, et inciter les équipes à s'inscrire dans une démarche d'évaluation médico-économique.	DGOS	4 sur 14 (29%)	Retard (plus de 9 mois)
	Jalon		**Fin prévue le**	**État du Jalon**
	Publication du Rapport PSN-SRDS/SFOHR n°2014-01 de l'IRSN relatif à l'étude des risques en radiothérapie : état des lieux et perspectives		31/12/14	Terminé
	Travaux ANSM sur la sécurité des équipements de radiothérapie (55 équipements)		15/09/15	En cours - Retard (plus de 9 mois)
	Analyse bibliographique des démarches de gestion des risques a priori et parangonnage sur leur mise en place au niveau européen et international		31/12/15	Terminé
	Dresser un état des lieux des mesures d'accompagnement des centres et de leur avancement dans la mise en œuvre des démarches qualité /sécurité		31/12/15	En cours - Retard (plus de 9 mois)
	Identifier les actions complémentaires à mener incluant les suites à donner au rapport IRSN PSN-SRDS/SFOHR n°2014-01		31/12/15	En cours - Retard (plus de 9 mois)
	Publication du rapport ASN sur l'avancement de mise en œuvre des exigences de l'arrêté du 22/1/2009 portant homologation de la décision ASN de 2008		31/12/15	En cours - Retard (plus de 9 mois)
	Réunion avec les parties prenantes (institutions, professionnels de la radiothérapie) : présentation des actions réalisées et identification d'actions		31/12/15	En cours - Retard (plus de 9 mois)
	Enquête flash sur une part des équipements de radiothérapie afin d'évaluer les mesures de contrôles réalisées dans les centres de radiothérapie (travaux DGOS, ASN, ANSM, INCa, IRSM)		31/12/16	Terminé
	Recommandation ASN pour sécuriser les irradiations hypogractionnées de haute précision (bulletin n°9 de mai 2016 sur la sécurité du patient, pour une dynamique de progrès)		31/12/16	Terminé

Une veille nationale est conduite dans le domaine de la qualité et sécurité du fonctionnement des équipements de radiothérapie. Elle a permis au 1er semestre 2015 de disposer d'un état des lieux dans le champ de la sécurité et qualité de fonctionnement des équipements. Des travaux sont engagés avec l'ASN, pour poursuivre la démarche d'amélioration des pratiques en radiothérapie. Cette action du Plan cancer 3 répond à un double objectif (i) la démarche qualité mise en œuvre des prises en charge et la gestion des risques pour assurer un traitement dans des conditions de sécurité satisfaisantes. L'année 2015-2016 s'est particulièrement attachée à répondre à l'enjeu de la gestion des risques en radiothérapie avec une série de travaux qui ont concernés des risques survenus. Ces déclarations d'évènements indésirables ont réuni l'ensemble des acteurs sous la forme de plusieurs conférences téléphonique afin de proposer des axes d'améliorations des conditions de qualités et de sécurité des actes de radiothérapie : une enquête flash pilotée par la DGOS, une enquête de pratique relative aux contrôles réalisés, une enquête relative à l'obsolescence sur une partie du parc, une recommandation sécurité sur les contrôles à réaliser ont été effectuées, un rapport des conséquences des dysfonctionnements pour les patients, un rapport d'évaluation des conditions de mises en œuvre des contrôles par un fabricant détenant une partie significative du parc. Cette approche d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins par la porte d'entrée des évènements indésirables survenus permet, en partie, de renforcer les conditions de qualité et de sécurité. Ces travaux ont rassemblé l'ASN et l'INCA et a sollicité l'expertise de l'ANSM, de l'IRSN et des services de la gestion de crise (13 réunions sous la forme de conférences téléphoniques ont réuni l'ensemble des acteurs et des sociétés savantes).
L'impact des évènements indésirables a pour effet de modifier l'approche du régime des inspections, et de nouvelles orientations d'inspections de l'ASN ont été formalisées (davantage ciblées sur la gestion des risques). Des travaux ont débuté pour consolider la formation à la radioprotection des patients avec la publication d'une décision de l'ASN. Cette formation sera pluri-professionnelle avec 2 objectifs principaux (i) s'inscrire dans une démarche de gestion des risques (ii) analyser sa pratique professionnels sous l'angle de la gestion des risques de la justification et de l'optimisation. De plus, une recommandations pour sécuriser les irradiations hypo fractionnées de haute précision a été publiée. Enfin, une révision de la décision ASN sur l'assurance de la qualité en radiothérapie (une évaluation a été faite avec les professionnels - rapport d'octobre 2015 : mettre la gestion des risques au cœur de la démarche d'AQ).
- A la suite à la remise à la DGOS en juillet 2016 du document finalisé de l'INCa sur "l'implantation de la technique de protonthérapie en France", la DGOS a en 2016, inscrit dans le programme de travail de la HAS pour 2017, des travaux d'évaluation médico-économique de la protonthérapie (action 3.16).

N°	Libellé	Responsable de l'action	Jalons terminés	État calculé de l'action
3.15	Organiser un maillage territorial adapté pour les équipements de haute technicité en s'appuyant sur des recommandations sur leurs indications.	DGOS	7 sur 12 (58%)	Retard (plus de 9 mois)
	Jalon		**Fin prévue le**	**État du Jalon**
	Publication de l'avis et des travaux du groupe d'experts permanent de l'ASN sur "les conditions de mise en œuvre des nouvelles techniques et pratiques de radiothérapie"		01/03/15	Terminé
	Publication du rapport d'évaluation de la HAS sur les indications de la radiothérapie pour le cancer de l'utérus		01/03/15	Terminé
	Document INCa de synthèse des recommandations nationales et internationales sur la radiothérapie pour le cancer du sein et le cancer de la prostate remis au ministère		01/05/15	Terminé
	Intégration du traitement du cancer dans les travaux DGOS de généralisation des répertoires opérationnels des ressources (ROR) sous l'égide, au niveau régional, des ARS.		01/06/15	En cours - Retard (plus de 9 mois)
	Publication de recommandations INCa sur la radiothérapie du cancer du sein in situ		01/07/15	Terminé
	Publication du rapport d'évaluation de la HAS sur les indications de la radiothérapie pour pour le canal anal		01/08/15	Terminé
	Travaux d'expertise des sociétés savantes autour des bonnes pratiques en radiothérapie oncologique de haute précision		31/12/15	Terminé
	Travaux HAS sur l'actualisation des indications de la radiothérapie de haute précision inscrits dans son programme de travail		31/12/15	En cours - Retard (plus de 9 mois)
	Identification de leviers (niveau national ou compétence ARS) pour organiser le maillage territorial adapté de l'offre en radiothérapie haute précision		31/12/16	En cours - Retard (moins de 3 mois)
	Publication du rapport d'évaluation de la HAS sur les indications de la radiothérapie stéréotaxique dans le traitement des tumeurs hépatiques		31/12/16	Terminé

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

L'identification des indications et bonnes pratiques de radiothérapie de haute précision est un élément préalable à la définition d'un maillage territorial adapté en radiothérapie. Pour disposer de ces éléments d'information, la DGOS a sollicité plusieurs types de travaux d'expertise en 2014 :
- saisine de l'INCa fin 2013, visant des recommandations d'utilisation de la RCMI pour les localisations sein et prostate
- saisine de la HAS pour l'évaluation des indications de la RCMI dans deux indications : le col de l'utérus et le canal anal. Ces travaux de la HAS ont été publiés en mars et août 2015. A cette occasion, la HAS s'est prononcée sur ses attentes en matière d'évaluation des nouvelles techniques de radiothérapie.
- saisine de la HAS pour des travaux dont le démarrage est prévu fin 2015, sur l'évaluation des données d'efficacité et de sécurité cliniques du traitement stéréotaxique extracrânienne des tumeurs hépatiques. Ce rapport d'évaluation a été finalisé en septembre 2016.
- Les travaux de la HAS publiés en avril 2016 sur l'évaluation de la radiothérapie peropératoire dans le traitement du cancer du sein dans la poursuite de l'appel à projets INCa, préconisent, au vu des éléments actuellement réunis, de réserver l'utilisation de cette technique dans un cadre de recherche clinique.
- Les recommandations du groupe experts permanent de l'ASN (GPMED) sur "les conditions de mise en oeuvre des nouvelles techniques et pratiques de radiothérapie" publiées en mars 2015, et auxquelles la DGOS était invitée, sont en 2016 en cours d'expertise par le ministère de la santé, en lien avec l'INCa, l'ASN et l'ANSM pour déterminer une stratégie globale d'encadrement de la radiothérapie de haute technicité intégrant la problématique des conditions d'implémentation de la technique dans les équipes en amont des prises en charge des patients ainsi que l'enjeu des audits cliniques externes dans ce domaine.
- L'actualisation des recommandations SFRO sur les techniques de radiothérapie "RECORAD" publiée en octobre 2016, contribueront aussi aux travaux précités ainsi qu'à l'expérimentation d'un nouveau modèle de financement de la radiothérapie .
- Le traitement du cancer est désormais intégré dans le Répertoire Opérationnel des Ressources dans l'ensemble des régions suite à des travaux DGOS, en lien avec l'INCa, et sous l'égide des ARS. Les établissements de santé titulaires d'autorisation d'exercer l'activité de traitement du cancer peuvent le remplir et ainsi indiquer leur offre de soins. Par ailleurs, l'INCa mène des travaux en vue de l'intégration dans le ROR de l'annuaire national des RCP (ANRCP) courant 2017.
- Au dernier trimestre 2016, le ministère de la santé a diffusé auprès des ARS des fiches thématiques élaborées par la DGOS pour chacune des 18 activités de soins soumises à autorisation, en vue d'alimenter l'instruction SGMAS n°2016-154 du 21 octobre 2016 relative à la territorialisation de la politique de santé en application des articles 158 et 162 de la loi 2016-41 de modernisation de notre système de santé. La fiche relative à l'activité de traitement du cancer intègre des éléments sur la radiothérapie et constitue un outil pour l'élaboration par l'ARS du futur SRS-PRS.

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

Le calendrier de cette action est décalé à la suite des compléments de travaux à réaliser par l'INCa en termes d'évaluation des besoins en protonthérapie (saisine complémentaire DGOS du 11 septembre 2015).

Le recueil d'éléments de comparaison internationale et l'établissement d'indications pour les équipements de protonthérapie et de radiothérapie peropératoire sont des éléments indispensables à une régulation adaptée dans ce domaine. Pour disposer de ces éléments d'information, la DGOS a sollicité en 2014 et 2015 la réalisation de plusieurs travaux :
- demande d'inscription au programme de travail 2015 de la HAS des indications et de la population cible de la protonthérapie, qui n'a finalement pas été retenue par la HAS;
- l'INCa a été missionné en février 2015 par la DGOS pour le lancement de travaux de recommandations sur les indications de la protonthérapie. Ces travaux devraient permettre d'assoir les conditions d'une régulation optimale de cette offre de radiothérapie de haute technicité sur le territoire national.
Un premier livrable a été remis par l'INCa en juillet 2015 et devait être complété suite à une nouvelle saisine complémentaire d'août 2015 en vue de précisions sur les évolutions attendues notamment en termes d'indications potentielles et d'évaluation médico-économique.
Ces travaux ont d'ores et déjà permis au ministère de la Santé de définir, en 2015, une stratégie d'évolution du cadre juridique de la régulation de l'offre de traitement du cancer par protonthérapie qui devrait être lancée courant 2016 : s'orienter vers un maillage interrégional de la protonthérapie – par l'inscription au futur schéma inter-régional de santé des équipements matériels lourds cyclotrons à utilisation médicale.
Les agences régionales de santé ont été informées des travaux d'expertises en cours et de ces orientations et ont été appelées à une forte vigilance quant aux éventuelles demandes d'autorisation tant que nous ne disposerons pas d'éléments suffisants permettant de définir le nombre et la répartition des équipements nécessaires pour répondre aux besoins de la population.
- Le document finalisé de l'INCa sur "l'implantation de la technique de protonthérapie en France" a été remis à la DGOS en juillet 2016 et à la suite de ses préconisations, la DGOS a, en 2016, inscrit dans le programme de travail de la HAS pour 2017, des travaux d'évaluation médico-économique de la protonthérapie.
- Au dernier trimestre 2016, le ministère de la santé a diffusé auprès des ARS des fiches thématiques élaborées par la DGOS pour chacune des 18 activités de soins soumises à autorisation, en vue d'alimenter l'instruction SGMAS n°2016-154 du 21 octobre 2016 relative à la territorialisation de la politique de santé en application des articles 158 et 162 de la loi 2016-41 de modernisation de notre système de santé. La fiche relative à l'activité de traitement du cancer intègre des éléments sur la protonthérapie en réaffirmant le nécessaire caractère interrégional pour la régulation de cette offre de soins.
- La demande d'inscription de l'acte de radiothérapie per-opératoire à la nomenclature CCAM était au programme de travail 2015 de la HAS. Ces travaux ont tenu compte notamment des résultats de l'analyse médicoéconomique issue de l'appel à projets INCa ; ceux-ci ont été publiés au premier semestre 2015. L'avis de la HAS rendu en mai 2016 préconise, au vu des éléments actuellement réunis, de réserver l'utilisation de cette technique dans un cadre de recherche clinique.

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

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

Sous objectif : Créer et reconnaître de nouveaux métiers

N°	Libellé	Responsable de l'action	Jalons terminés	État calculé de l'action
4.1	Créer le métier d'infirmier en pratique avancée et le déployer prioritairement dans le champ de la cancérologie.	DGOS; DGESIP	1 sur 5 (20%)	Retard (plus de 9 mois)
	Jalon		**Fin prévue le**	**État du Jalon**
	Démarrage des travaux portant sur le référentiel d'activités + Elaboration du référentiel de compétences		31/10/14	En cours - Retard (plus de 9 mois)
	Adoption de la loi		30/06/15	Terminé
	Elaboration du référentiel de formation : durée, contenu, choix du type de diplôme, détermination des flux de professionnels à former		30/03/16	Non débuté - Retard (plus de 9 mois)
	Publication du décret d'application de la loi (infirmier en pratique avancée)		30/03/16	Non débuté - Retard (plus de 9 mois)
	Démarrage de la formation		01/09/16	Non débuté - Retard (de 3 à 9 mois)
	L'adoption retardée de de la Loi de modernisation de notre système de santé a décalé le calendrier de travail de cette action. L'article 119 de la Loi de de modernisation de notre système de santé pose le principe d'un exercice en pratique avancée pour l'ensemble des professions paramédicales et en définit les lignes de force. La réunion de lancement de la construction de la pratique avancée a eu lieu la dernière semaine de novembre 2016. Il faut prévoir 9 mois de travaux portant sur les référentiels et les textes d'application de la loi.			

N°	Libellé	Responsable de l'action	Jalons terminés	État calculé de l'action
4.2	Reconnaître pleinement la profession de radiophysicien en tant que profession de santé en prenant des mesures d'ordre réglementaire dans le code de la santé publique.	DGOS; DGESIP	1 sur 5 (20%)	Retard (plus de 9 mois)
	Jalon		**Fin prévue le**	**État du Jalon**
	Elaboration du référentiel d'activités + Elaboration du référentiel de compétences		31/12/14	Terminé
	Elaboration du référentiel de formation		30/06/15	En cours - Retard (plus de 9 mois)

Jalon	Fin prévue le	État du Jalon
Reconnaissance de la profession de "physicien médical" en application du Plan Santé	31/12/15	En cours - Retard (plus de 9 mois)
Publication d'un texte spécifique	30/06/16	En cours - Retard (de 3 à 9 mois)
Mise en oeuvre de la formation	01/09/16	Non débuté - Retard (de 3 à 9 mois)

L'adoption retardée de la Loi de modernisation de notre système de santé a décalé le calendrier de travail de cette action.

Les travaux sur la " Reconnaissance de la profession de radiophysicien en tant que profession de santé", qui ont débuté en avril 2014, se poursuivent : la dénomination de la profession a été arbitrée (dénomination de "physicien médical" retenue), son positionnement dans le Code de la santé publique a été arbitré (ajout d'un nouveau titre dans le livre 2 de la 4ème partie du Code de la santé publique) et l'élaboration des référentiels activités/compétences s'est terminée en mai 2015. Le groupe de supervision s'est réuni en septembre 2015 et les travaux sur l'élaboration du référentiel de formation vont suivre. Ils sont précédés par un état des lieux des moyens actuels de formation. Sur le plan juridique, la Loi de modernisation de notre système de santé a prévu une habilitation à légiférer par voie d'ordonnance pour reconnaître le physicien médical dans le Code de la santé publique.
Le projet d'ordonnance a été transmis au Conseil d'Etat pour une publication à la fin de l'année 2016. A partir de ce cadre structurant et des référentiels déjà élaborés, les textes d'application relatifs aux actes, à la formation et au diplôme pourront être élaborés et publiés au cours du 1er trimestre 2017.

N°	Libellé	Responsable de l'action	Jalons terminés	État calculé de l'action
4.3	Reconnaître la profession de dosimétriste en tant que profession de santé.	DGOS; DGESIP	1 sur 6 (17%)	Retard (plus de 9 mois)

Jalon	Fin prévue le	État du Jalon
Elaboration du référentiel d'activités + Elaboration du référentiel de compétences	31/12/14	Terminé
Elaboration du référentiel de formation (en lien avec le MENESR)	30/06/15	En cours - Retard (plus de 9 mois)
Finalisation du référentiel de formation et définition du type de diplôme conféré et identification structure de formation à privilégier (avec MENESR)	31/12/15	En cours - Retard (plus de 9 mois)
Reconnaissance de la profession de dosimétriste par voie réglementaire	30/06/16	En cours - Retard (de 3 à 9 mois)
Publication d'un texte spécifique	31/12/16	En cours - Retard (moins de 3 mois)

L'adoption retardée de la Loi de modernisation de notre système de santé décale le calendrier de travail de cette action.

Les travaux sur la" Reconnaissance de la profession de dosimétriste en tant que profession de santé", qui ont débuté en avril 2014, se poursuivent: l'accès à la profession a été arbitré au regard du bilan de la démographie actuelle de la profession dressé (création d'une spécialité du métier de manipulateur d'électroradiologie médicale en dosimétrie) et l'élaboration des référentiels activités/compétences s'est terminée en avril 2015. Le groupe de supervision s'est réuni en septembre 2015 et les travaux sur l'élaboration du référentiel de formation vont suivre. Ils sont précédés par un état des lieux des moyens de formation disponibles.
En application de l'article 208 de la LMSS et des objectifs fixés par le SGG, la modification du décret d'actes relatif aux manipulateurs d'électroradiologie médicale a été préparée.
Le projet de décret est actuellement examiné par le Conseil d'Etat. L'élaboration des dispositions propres à la spécialité de dosimétriste suivra pour aboutir à un projet de décret en conseil d'Etat soumis aux instances (HCPP, Académie de médecine...) dans le courant du 1er semestre 2017. Parallèlement, les travaux portant sur l'élaboration du référentiel de formation débutés début 2016 se poursuivent.

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

N°	Libellé	Responsable de l'action	Jalons terminés	État calculé de l'action
4.4	Améliorer la formation diplômante des médecins cancérologues.	DGESIP	1 sur 5 (20%)	Retard (plus de 9 mois)

Jalon	Fin prévue le	État du Jalon

Jalon	Fin prévue le	État du Jalon
Proposition d'un nouveau schéma d'organisation du 3ème cycle des études médicales	30/06/14	Terminé
Elaboration du référentiel de formation du DES d'oncologie et de la FST de cancérologie	30/06/15	En cours - Retard (plus de 9 mois)
Identifier les critères de qualification en cancérologie	30/06/15	En cours - Retard (plus de 9 mois)
Mise en oeuvre des nouvelles formations	01/04/16	En cours - Retard (plus de 9 mois)
Publication des arrêtés organisant les nouvelles formations	30/04/16	En cours - Retard (de 3 à 9 mois)

Le décret relatif à l'organisation du 3ème cycle des études de médecine et modifiant le code de l'éducation a été publié. Le projet d'arrêté fixant la réglementation des diplômes d'études spécialisées de médecine est dans sa phase finale de construction, la maquette du DES d'oncologie a été élaborée mais s'inscrit dans le travail des maquettes des autres spécialités qui seront annexées à l'arrêté. La mise en oeuvre est prévue pour la rentrée universitaire 2017-2018.

N°	Libellé	Responsable de l'action	Jalons terminés	État calculé de l'action
4.5	Garantir la qualité des formations initiales et continues en cancérologie.	DGOS	0 sur 1 (0%)	Retard (plus de 9 mois)

Jalon	Fin prévue le	État du Jalon
Mise en place d'actions de DPC pour les équipes pluriprofessionnelles (éducation thérapeutique, soins de support…)	31/12/15	En cours - Retard (plus de 9 mois)

En cours en application des orientations 2016-2018 de formation continue

N°	Libellé	Responsable de l'action	Jalons terminés	État calculé de l'action
4.6	Améliorer la formation des professionnels de l'anatomocyto-pathologie.	DGESIP	1 sur 4 (25%)	Retard (plus de 9 mois)

Jalon	Fin prévue le	État du Jalon
Proposition d'un nouveau schéma d'organisation du 3ème cycle des études médicales	30/06/14	Terminé
Elaboration du référentiel de formation du DES d'anatomie et cytologie pathologiques	31/12/15	En cours - Retard (plus de 9 mois)
Publication de l'arrêté organisant la nouvelle formation	30/04/16	En cours - Retard (de 3 à 9 mois)
Mise en oeuvre de la nouvelle formation	01/09/16	En cours - Retard (de 3 à 9 mois)

Le décret relatif à l'organisation du 3ème cycle des études de médecine et modifiant le code de l'éducation a été publié. Le projet d'arrêté fixant la réglementation des diplômes d'études spécialisées de médecine est dans sa phase finale de construction, la maquette du DES d'anatomie et cytologie pathologiques a été élaborée mais s'inscrit dans le travail des maquettes des autres spécialités qui seront annexées à l'arrêté. La mise en oeuvre est prévue pour la rentrée universitaire 2017-2018.

N°	Libellé	Responsable de l'action	Jalons terminés	État calculé de l'action
4.7	Pour réduire les inégalités territoriales, éclairer les décisions publiques dans l'ouverture de postes en cancérologie par un échange annuel entre les ARS, la conférence des présidents d'université, les ministères de la santé et recherche et l'INCa en s'appuyant notamment sur l'analyse de la démographie médicale réalisée par l'INCa et l'ONDPS.	INCa	3 sur 4 (75%)	Retard (de 3 à 9 mois)

Jalon	Fin prévue le	État du Jalon
rédaction analyse régionale démographique (données 2013-2014)	30/04/15	Terminé
transmission analyse démographique 2014 à la DGOS et MESR	30/04/15	Terminé
rédaction analyse démographique (données 2014 et 2015)	30/04/16	Terminé

Jalon	Fin prévue le	État du Jalon
transmission analyse démographique 2015 à la DGOS et au MESR	30/04/16	Non débuté - Retard (de 3 à 9 mois)

L'INCa et l'ONDPS ont signé une convention pour la période 2015-2018 au cours de laquelle l'ONDPS s'engage à fournir à l'INCa des données de formation initiale (effectifs des internes, services agréés et diplômes délivrés).
Le rapport sur l'analyse de la démographie médicale a été soumis pour relecture et avis au groupe d'experts ad hoc en novembre. Le rapport a été finalisé en janvier 2016 avec les retours des experts. Il porte sur les données de l'année 2013 afin d'assurer une continuité avec le rapport précédent (données 2012) et du fait de la mise à disposition retardée des données 2014 du PMSI.

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

Indicateur	Valeur	Date	*Rappel cible*	
Évolution, par rapport à 2013, du nombre de personnes incluses dans les essais cliniques thérapeutiques en cancérologie Source : Numérateur : Nombre de personnes incluses dans les essais thérapeutiques de l'année considérée Dénominateur : Nombre de personnes incluses dans les essais thérapeutiques en 2013	109,59 %s	31/12/15	*113,58 %s*	*31/12/18*
Proportion d'enfants de moins de 18 ans inclus dans les essais cliniques de phase précoce Source : Numérateur : SFCE - Société Française de lutte contre les Cancers et leucémies de l'Enfant et de l'adolescent / Intergroupe pédiatrique Dénominateur : Registres pédiatriques des cancers ou PMSI MCO (ATIH)			*%*	
Proportion de patients de plus de 75 ans inclus dans des essais cliniques Source : Numérateur : Nombre de patients de 75 ans et plus inclus dans des essais ouverts Dénominateur : Données incidence patients = 75 ans avec cancer	3,98 %	31/12/15	*%*	
Proportion d'essais cliniques de phase precoce ouverts aux enfants dans les CLIP² ayant une competence pediatrique Source : CLIP²	20,98 %	31/12/15	*%*	

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

N°	Libellé	Responsable de l'action	Jalons terminés	État calculé de l'action
5.1	Optimiser l'organisation de la recherche translationelle en associant les financements institutionnels (DGOS/ITMO Cancer/INCa via le budget de l'ANR) dans des appels à projets uniques de l'INCa.	Aviesan	5 sur 15 (33%)	Retard (moins de 3 mois)
	Jalon		**Fin prévue le**	**État du Jalon**
	Lancement annuel de l'AAP récurrent de recherche translationnelle (PRTK 2014)		31/03/14	Terminé
	Selection par le comité d'évaluation des projets à financer dans l'AAP de recherche translationnelle (Résultats PRTK 2014)		31/12/14	Terminé
	Lancement annuel de l'AAP récurrent de recherche translationnelle (PRTK 2015)		31/03/15	Terminé
	Selection par le comité d'évaluation des projets à financer dans l'AAP de recherche translationnelle (Résultats PRTK 2015)		29/02/16	Terminé
	Lancement annuel de l'AAP récurrent de recherche translationnelle (PRTK 2016)		31/03/16	Terminé
	Définir le protocole d'évaluation des projets de recherche translationnels financés par le PRT-K, formation à la recherche translationnelle & Transcan		31/12/16	En cours - Retard (moins de 3 mois)
	Lors de l'édition 2016, 151 lettres d'intention ont été déposées et 46 présélectionnées. Les 46 projets ont été évalués par le Comité scientifique d'évaluation. Les résultats des projets sélectionnés seront validés par la DGOS puis publiés début 2017.			

N°	Libellé	Responsable de l'action	Jalons terminés	État calculé de l'action
5.2	Inclure 50 000 patients par an dans des essais thérapeutiques en 2019.	INCa	2 sur 8 (25%)	Retard (plus de 9 mois)
	Jalon		**Fin prévue le**	**État du Jalon**
	5.2.5 Mettre en place une convention unique entre le promoteur et l'établissement de soins principal		31/12/14	En cours - Retard (plus de 9 mois)
	Mobilisation des membres du CA de l'INCa pour renforcer le plan d'action		31/07/15	Terminé
	5.2.3 Inclure le coût de la recherche, du transport et de l'hébergement dans le budget des essais cliniques		31/12/15	En cours - Retard (plus de 9 mois)

Jalon	Fin prévue le	État du Jalon
5.2.2 Mettre en place un dispositif de suivi des grands essais thérapeutiques	31/12/16	Terminé

L'enquête annuelle réalisée par l'INCa auprès de 190 établissements de santé recevant des financements dans le cadre des Plans cancer a permis d'évaluer les activités de recherche clinique en 2015. Elle montre une augmentation constante du nombre de patients inclus dans les essais cliniques : un total de 48246 patients inclus, soit 128% de plus par rapport à 2008 (année de référence), dont 152% dans les essais académiques et 53% dans les essais industriels. Le taux de patients inclus dans les essais académiques versus industriels reste stable d'une année à l'autre (82/17). On peut observer une augmentation significative du nombre de patients inclus en 2015 par rapport à 2014 : ceci peut être expliqué par une augmentation du recrutement dans les CHU, notamment l'APHP.

N°	Libellé	Responsable de l'action	Jalons terminés	État calculé de l'action
5.3	Poursuivre l'effort de développement de centres d'essais précoces (CLIP2) pour une meilleure couverture territoriale et favoriser la création de centres dédiés aux enfants.	INCa; ITMO cancer	7 sur 14 (50%)	Retard (de 3 à 9 mois)

Jalon	Fin prévue le	État du Jalon
1 AAP CLIP² lancé	28/04/14	Terminé
Lancement AAC labellisation CLIP²	08/07/14	Terminé
Labellisation de centres avec une compétence pédiatrique	31/03/15	Terminé
Notification de la labellisation des CLIP²	31/03/15	Terminé
2 nouveaux essais autorisés	30/12/15	Terminé
1 à 2 AAP CLIP² lancés dans les 12 derniers mois	30/06/16	En cours - Retard (de 3 à 9 mois)
2 nouveaux essais autorisé dans les 12 derniers mois	30/12/16	Terminé
Participation des CLIP à valence pédiatrique aux essais AcSé pédiatriques	31/12/16	Terminé

Les essais sélectionnés dans le cadre de l'appel à projets d'essais cliniques précoces sur 6 molécules du laboratoire Astra Zeneca, ont été autorisés au cours du premier semestre 2016. Les inclusions ont débuté au cours du deuxième trimestre 2016.

L'essai AcSé pédiatrique (ESMART) a été autorisé par l'ANSM fin mai 2016. Les inclusions ont débuté en août . Fin 2016 une vingtaine de patients ont déjà été inclus. Cinq des six CLIP² à valence pédiatrique sont ouverts aux inclusions, le sixième centre devrait ouvrir début 2017.

N°	Libellé	Responsable de l'action	Jalons terminés	État calculé de l'action
5.4	Associer les patients et leurs représentants aux essais cliniques et dans le parcours permettant l'accès à ces recherches.	LNCC (Ligue)	3 sur 7 (43%)	Planning respecté

Une centaine de relecteurs composent le Comité de patients pour la recherche clinique et 102 protocoles et lettres d'intention ont été relus au 26/11/2015. Un travail sur les résultats à destination des patients a débuté avec des promoteurs d'essais cliniques.

Plus de 100 relecteurs composent le Comité de patients pour la recherche clinique et plus de 100 relectures au 31/10/2016.
Le journal semestriel "Recherche Clinique Côté Patients", édité dans le cadre de l'action 5.4 du plan cancer 3 pour répondre aux besoins d'information des patients et de leurs proches sur la recherche clinique, est diffusé à 7000 exemplaires et distribué dans les services de cancérologie, les Comités Départementaux, les Espaces Rencontre Information.
Début juillet 2016, la Ligue a mis en ligne sur son site internet une nouvelle rubrique d'information à la fois pour les patients et leur famille et le grand public sur la recherche clinique et les essais cliniques.

Sous objectif : Promouvoir une politique globale du médicament en cancérologie

N°	Libellé	Responsable de l'action	Jalons terminés	État calculé de l'action
5.5	Définir des priorités en matière de développement des médicaments anticancéreux.	ANSM	2 sur 7 (29%)	Retard (de 3 à 9 mois)

Jalon	Fin prévue le	État du Jalon
Réunion des responsables et responsables associés de l'action: définition des objectifs, agrément sur le plan d'actions	01/11/14	Terminé
Définition de critères de priorité	01/12/15	Terminé

Jalon	Fin prévue le	État du Jalon
Lancement d'une phase pilote sur les critères	01/06/16	En cours - Retard (de 3 à 9 mois)

Afin de proposer des critères de priorisation du développement des médicaments, deux axes de travail ont été sélectionnés par la direction en charge de l'évaluation des médicaments utilisés en oncologie à l'ANSM;
Un axe national mettant en place un outil méthodologie permettant d'établir, à un temps donné, une liste d'indications devant faire l'objet de développements prioritaires de recherche. Cet outil vise à déterminer des populations cibles, mais également établir et définir des critères décisionnels. Ainsi essais cliniques, demandes d'autorisations temporaires d'utilisation nominatives et de cohortes et publications sont-ils ciblés dans le cadre de cette recherche;
Un axe européen basé principalement sur l'analyse des recommandations de trois comités européens évoluant au sein de l'Agence européenne du médicament. Le Comité des médicaments orphelins (COMP), le comité pédiatrique (PDCO) et le groupe de travail avis scientifique (SAWP).

N°	Libellé	Responsable de l'action	Jalons terminés	État calculé de l'action
5.6	Adapter les essais cliniques aux évolutions conceptuelles induites par l'arrivée des thérapies ciblées.	INCa	3 sur 9 (33%)	Retard (de 3 à 9 mois)

Jalon	Fin prévue le	État du Jalon
Lancement AcSé Vemurafenib	26/12/14	Terminé
Demande d'autorisation d'au moins 1 essai soit guidé par la génomique, soit transpathologie, soit évaluant une association de médicaments innovants	31/12/15	Terminé
Réunion d'un groupe de travail sur la méthodologie des essais adaptatifs	30/06/16	En cours - Retard (de 3 à 9 mois)
Demande d'autorisation d'au moins 1 essai soit guidé par la génomique, soit transpathologie, soit évaluant une association de médicaments innovants	31/12/16	Terminé

CLIP²
Un premier essai clinique évaluant une association de deux médicaments innovants (sans AMM) a été sélectionné dans le cadre d'un appel à projets sur 6 molécules du laboratoire Astra Zeneca.
Cet essai est financé par l'INCa en partenariat avec la Fondation ARC. Il est actuellement ouvert aux inclusions au centre Léon Bérard (Lyon), par ailleurs promoteur de cet essai. Il sera ouvert prochainement dans deux autres CLIP². Il évalue une combinaison thérapeutique de l'anticorps anti-PDL1 (MEDI4736) et d'un inhibiteur de CSF-1R (PLX3397) chez des patients atteints de cancer du pancréas ou colorectal à un stade avancé.

AcSé
Un troisième essai thérapeutique du programme AcSé a reçu les autorisations pour débuter. AcSé-eSMART est le premier essai clinique entièrement dédié aux cancers pédiatriques. Il vise à accélérer l'accès à l'innovation thérapeutique des enfants et adolescents. Il a pour objectif de tester dix molécules innovantes (thérapies ciblées, immunothérapies, seules ou en association) au sein d'un seul et même essai conduit en France au sein des 6 centres pédiatriques labellisés par l'Institut national du cancer pour les essais de phases précoces (CLIP²). Trois laboratoires pharmaceutiques - Astrazeneca, Novartis et BMS - ont mis à disposition et distribuent gratuitement ces molécules sur tout le territoire.

N°	Libellé	Responsable de l'action	Jalons terminés	État calculé de l'action
5.7	Faire évoluer les dispositifs d'évaluation des médicaments anticancéreux.	HAS; ANSM	5 sur 8 (63%)	Planning respecté

Cinq axes stratégiques de réflexion ont été identifiés dans l'action 5.7 et vont être investigués. Une étude de benchmark international portant sur la définition de l'innovation médicamenteuse en cancérologie et les dispositifs facilitant son accès a été arbitrée. Le prestataire qui réalisera cette étude a été identifié, il s'agit du cabinet JALMA.
JALMA a commencé l'étude et une première réunion de restitution des résultats a été effectuée le 4/04/2016. Une seconde réunion de restitution finale a été réalisé le 9/06/2016. Une réunion regroupant l'ensemble des interlocuteurs (HAS, ANSM, INCA, DGS, DSS, CNAMTs, DGOS, CEPS) a été organisée le 6/07/2016. Elle a permis de dégager des pistes de réflexion et d'actions à mener.

N°	Libellé	Responsable de l'action	Jalons terminés	État calculé de l'action
5.8	Faire évoluer les dispositifs de valorisation des médicaments anticancéreux.	CEPS	6 sur 8 (75%)	Retard (plus de 9 mois)

Jalon	Fin prévue le	État du Jalon
Mise en place du comité de suivi des études en vie réelle (CEPS, HAS) - (cf action 5.9)	31/03/14	Terminé
Elaboration d'un rapport sur les procédures d'inscription des anticancéreux en 2013 et 2014	31/12/14	En cours - Retard (plus de 9 mois)

Jalon	Fin prévue le	État du Jalon
Modification des procédures du Comité de l'Hospitalisation améliorant la visibilité des industriels sur les processus de radiation de la liste en sus	31/12/14	Terminé
Participation du CEPS au Conseil de l'Hospitalisation dans le cadre de la gestion de la liste en sus	31/12/14	Terminé
Elaboration d'une doctrine de tarification des biosimilaires	31/03/15	Terminé
Révision de la doctrine de tarification des médicaments anticancéreux	31/03/15	Terminé
Campagne de révision du prix des médicaments anticancéreux utilisés dans le traitement du mélanome cutané	31/12/15	En cours - Retard (plus de 9 mois)
Baisse de prix des anciens inhibiteurs de la tyrosine kinase	31/12/16	Terminé

Les actions qui devaient aboutir avant 2016 et qui avaient été mises en sursis en raison d'une ré-organisation du CEPS et de l'attente du rapport POLTON, ont été re-initiées en 2016, avec l'arrivée du nouveau président, Monsieur Planel, et du nouveau vice-président, Monsieur Sales.
Les premieres expériences de tarification des biosimilaires ont été rapportées dans le rapport d'activité 2014, publié en septembre 2015. L'accord-cadre signé en janvier 2016 consacre un article (article 22) à la prise en compte accélérée des biosimilaires et consacre la création d'un Groupe de Pilotage des médicaments biosimilaires réunissant le LEEM et le CEPS. Le CEPS s'engage par ailleurs à fournir une proposition de convention dans les 75 jours qui suivent l'avis de la CT. Les signataires s'engagent à établir par voie conventionnelle la doctrine de fixation des prix des biosimilaires et à l'inscrire dans un avenant à l'accord-cadre. La prochaine réunion du groupe de travail est prevue en janvier 2017. La lettre d'orientation adressée le 17 août 2016 au Président du CEPS par les trois ministres de tutelle, demande au CEPS de publier dans le rapport 2016 une première doctrine de fixation et d'évolution des prix des biosimilaires. La revision de la doctrine de tarification des médicaments anticancéreux a été élaborée et consiste à fixer le prix des associations à 1+1=1,1. Cette doctrine est actuellement en cours d'application.
La campagne de révision des prix des médicaments utilisés dans le traitement du mélanome malin a débuté par l'audition du professeur Agnès Buzyn, présidente de l'INCa et nouvelle présidente de la HAS. La campagne de révision du prix des médicaments anticancéreux utilisés dans le traitement du mélanome malin est suspendue en attente de la réévaluation du Yervoy par la Commission de transparence (prévue début 2017)
Le Conseil de l'Hospitalisation a été supprimé par le Décret n° 2015-1469 du 13 novembre 2015 portant suppression de commissions administratives à caractère consultatif. La gestion de la liste en sus est effectuée par l'administration centrale : DGS, DGOS et DSS. Les représentants de ces 3 directions informent régulièrement le CEPS. En conséquence, les trois dernières actions sont abandonnées,

N°	Libellé	Responsable de l'action	Jalons terminés	État calculé de l'action
5.9	Anticiper l'impact économique de l'innovation pour garantir son accès à tous dans la durée.	CEPS	2 sur 3 (67%)	Planning respecté

Le comité de suivi des études en vie réelle se réunit régulièrement tous les trimestres. Il réunit la HAS, l'ANSM et le CEPS (DGOS, DSS, DGS, CNAMTS). Son objet est d'articuler les demandes d'études en vie réelle effectuées par la CT et les demandes de données issues du CEPS. La forme la plus aboutie de ces demandes de données est l'élaboration d'un contrat de performance qui a été mis en oeuvre sur quelques dossiers ces deux dernières années. Une évaluation d'un contrat de performance mis en place pour un médicament anti-cancéreux a commencé et a montré les difficultés rencontrées (perdus de vue ; complexité du recueil et de la validation des données). Un groupe de travail va être mis en place pour un contrôle par indication.
d'autre part, la lettre d'orientation adressée le 17 août 2016 au Président du CEPS par les 3 ministres de tutelle définit 4 critères d'application du contrat de performance : Il est fortement recommandé de les limiter au besoins thérapeutiques non couverts, d'obtenir des garanties d'exécutions et de ne pas faire porter le risque financier sur l'Assurance maladie.

N°	Libellé	Responsable de l'action	Jalons terminés	État calculé de l'action
5.10	Lutter contre les inégalités d'accès aux médicaments et les pertes de chance.	DGOS	3 sur 3 (100%)	Achevée

L'enjeu de meilleure prise en compte de l'innovation dans les médicaments facturables en sus des prestations hospitalières, a donné lieu en début d'année 2015 à une révision de la dernière recommandation, datant du 18 novembre 2010, relative à la liste des médicaments facturables en sus.

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

N°	Libellé	Responsable de l'action	Jalons terminés	État calculé de l'action
5.11	Clarifier le processus de repérage et d'évaluation des innovations technologiques et des évolutions organisationnelles qu'elles engendrent.	DGOS	3 sur 11 (27%)	Retard (plus de 9 mois)

Jalon	Fin prévue le	État du Jalon
Conception du Comité de Veille Technologique (CVT) et définition du périmètre de la veille technologique	31/12/14	Terminé
Ajustement du dispositif d'évaluation des actes et dispositifs médicaux : évaluation des consommables onéreux	30/05/15	En cours - Retard (plus de 9 mois)
Ajustement du dispositif d'évaluation des actes et dispositifs médicaux : forfait innovation	30/06/15	Terminé
Définition par le CVT des modalités de veille technologique sur la base des recommandations internationales, des bulletins et de la communication	30/06/15	En cours - Retard (plus de 9 mois)
Poursuite du programme PREPS permettant d'évaluer des modalités organisationnelles innovantes	30/06/15	Terminé
Déploiement des modalités de veille technologique définies par le CVT à l'ensemble des acteurs locaux (DRCI…)	31/12/15	Non débuté - Retard (plus de 9 mois)
Production des premiers bulletins de veille par les acteurs locaux (phase pilote)	30/06/16	Non débuté - Retard (de 3 à 9 mois)
Publication des premiers avis du CVT (phase pilote)	31/12/16	Non débuté - Retard (moins de 3 mois)

Le calendrier de mise en oeuvre du jalon 5.11.1 a été décalé en raison d'un travail exploratoire initial sur différentes options permettant d'organiser la veille nationale et internationale souhaitée. La nomination d'un Délégué ministériel à l'innovation en santé (Pr J.Y. Fagon) par la Ministre en charge de la santé est intervenue en janvier 2016. Parmi ses missions figure l'organisation d'une veille, la formalisation de modèles d'évaluation excédant la sécurité et l'efficacité des technologies de santé, donc incluant les impacts organisationnels. Il conduira ses missions de manière intégrative et concerté avec les administrations centrales, les autorités sanitaires et les EPST concernés.

L'information des professionnels (jalon 5.11.2) relative aux dispositifs existants d'évaluation (projets de recherche, gestion dynamique du RIHN, forfait innovation - ces deux derniers ayant été considérablement remaniés et précisés en 2015) est effective depuis 2015.

Le programme PREPS est poursuivi (campagne 2015), sans nécessité de créer un programme spécifique pour le cancer, le PREPS actuel couvrant d'ores et déjà pleinement ce besoin.

N°	Libellé	Responsable de l'action	Jalons terminés	État calculé de l'action
5.12	Accélérer le processus de tarification des actes et traitements innovants pour un accès plus rapide.	DSS	5 sur 5 (100%)	Achevée

Le décret d'application de la loi de santé est paru au Journal Officiel le 18 février 2015.

N°	Libellé	Responsable de l'action	Jalons terminés	État calculé de l'action
5.13	Accompagner les projets de valorisation des innovations technologiques en imagerie, chirurgie et robotique, et dans les nouvelles sources biophysiques, conformément au contrat de la filière Industries et technologies de santé.	ITMO Technologies pour la santé	2 sur 6 (33%)	Retard (plus de 9 mois)

Jalon	Fin prévue le	État du Jalon
Mise en place de deux domaines de valorisation dans le cadre du Consortium de valorisation d'Aviesan : innovation thérapeutique, dispositifs médicaux	31/12/14	Terminé
Identification de la propriété intellectuelle	30/06/15	En cours - Retard (plus de 9 mois)
Identification des projets d'imagerie, de robotique, de chirurgie et de biophysique à soutenir	31/12/15	En cours - Retard (plus de 9 mois)
Analyse des brevets et études du marché potentiel	30/06/16	Terminé
Actions auprès des SATT et des industriels	31/12/16	En cours - Retard (moins de 3 mois)

Une première analyse a été faite(juin 2016) des projets portant sur les nanoparticules radiosensibilisantes et un document de convergence a été produit sur l'usage des nanoparticules en radiothérapie.
L'incertitude quant à l'avenir du CVT Aviesan sur qui repose la mise en œuvre de la mesure 5.13 (dont l'évaluation a duré plus d'une année depuis la date de remise du rapport en octobre 2015 au retour de l'évaluation en septembre 2016), n'a pas permis d'initier de nouvelles actions. Par conséquence, les statuts sont les mêmes qu'en juillet dernier.

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

Indicateur	Valeur	Date	*Rappel cible*	
Délai médian de rendu de résultat pour tout test de génétique constitutionnelle Source : Laboratoires d'oncogénétique	200	31/12/15	*40*	*31/12/18*
Nombre de patients bénéficiant d'une analyse complète du génome tumoral Source : Structures de séquençage identifiées	Essais Multisarc et Acompli non débutés - action transférée à l'INSERM 0	31/12/15	*50 000*	*31/12/18*
Nombre de patients bénéficiant d'un test moléculaire de recherche de mutation prédisposant au cancer Source : Laboratoires d'oncogénétiques	24 706 cas index testés et 9 252 apparentés 33 958	31/12/15	*75 000*	*31/12/18*
Nombre de tests réalisés sur les personnes atteintes d'un cancer de l'ovaire au stade métastatique Source : Dispositif d'oncogénétique	1 000	31/12/15	*4 500*	*31/12/18*
Nombre de tumeurs analysées sur un panel de 100 gènes pour lesquels on dispose de la thérapie ciblée Source : Plateformes de génétique moléculaire	10 655	31/12/15	*60 000*	*31/12/18*

Sous objectif : Permettre un accès large au diagnostic individualisé

N°	Libellé	Responsable de l'action	Jalons terminés	État calculé de l'action
6.1	Faire évoluer le dispositif d'oncogénétique et améliorer son accès.	INCa	7 sur 15 (47%)	Planning respecté

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

- "Oncogénétique 2015 : consultations et laboratoires" : publication en décembre 2016.
- Modélisation d'une consultation type (définition des ressources nécessaires (humaines, informatiques…), durée, évaluation des coûts par microcosting, différenciation en fonction de la personne prise en charge : cas index, cas index prioritaire, apparenté) : travail en cours, finalisation au cours du premier trimestre 2017.

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

Des actions visant à optimiser l'orientation vers l'oncogénétique des patients potentiellement concernés par un syndrome de Lynch ont été engagées en 2014 et sont en cours de finalisation :
- Dans un contexte de suspicion de syndrome de Lynch, rédaction de "bonnes pratiques des tests somatiques recherchant une déficience du système MMR dans les tumeurs": publication en juin 2016.
- Plaquette d'information à destination des professionnels et renforcement des interactions entre les professionnels concernés au sein des régions : travail en cours, publication prévue au cours du premier trimestre 2017.

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

L'arrivée sur le marché des inhibiteurs de PARP, constituant l'unique alternative médicamenteuse pour des patientes atteintes d'un cancer de l'ovaire en situation de rechute et porteuses d'une mutation BRCA, impacte l'organisation de la génétique oncologique en France. Dans ce contexte, l'INCa a engagé plusieurs mesures visant à accompagner les structures et professionnels concernés :
- Soutien de 5 centres de criblage BRCA ayant pour objectif d'identifier le statut BRCA des patientes éligibles à l'inclusion dans l'essai clinique européen PAOLA1 : 574 patientes testées ou en cours de test en 16 mois, 325 inclusions (1 mai 2015 - 16 septembre 2016).
- Appui des autres équipes françaises afin de mettre rapidement en place l'analyse NGS des gènes BRCA sur prélèvement tumoral : 10 équipes soutenues du premier septembre 2015 au 31 août 2016, analyse rapports d'activité finaux en décembre 2016.
- "Préconisations de prise en charge en génétique oncologique des patientes atteintes d'un cancer de l'ovaire et éligibles à un traitement par inhibiteurs de PARP" : publication en décembre 2016.

N°	Libellé	Responsable de l'action	Jalons terminés	État calculé de l'action
6.2	Conforter l'accès aux tests moléculaires.	INCa	6 sur 11 (55%)	Planning respecté

- Deux enquêtes prospectives ont été réalisées dans 5 régions pilotes pour évaluer l'accès des patients aux tests moléculaires sur le territoire. La première enquête réalisée dans les plateformes de génétique moléculaire a permis de mesurer les délais de réalisation des tests moléculaires et d'identifier les établissements prescripteurs dans chaque région. L'analyse des données de la deuxième enquête, réalisée auprès des oncologues, a permis de caractériser plus finement les pratiques de prescription des tests en fonction des établissements de prise en charge des patients. Un document présentant les résultats des enquêtes a été réalisé.

- La DGOS a publié en août 2015 une instruction relative à la réforme des modalités de financements des actes innovants hors nomenclature. Cette instruction prévoit la mise en place d'un recueil systématique des données cliniques et médico-économiques en vue de faciliter leur évaluation par la HAS pour une inscription à la nomenclature des actes de biologie médicale (NABM) ou la classification commune des actes médicaux (CCAM).

- La liste des actes inscrits au nouveau référentiel RIHN inclut désormais des forfaits pour les analyses réalisées par la technique de NGS, ainsi que des actes pour les tests de pharmacogénétique constitutionnelle. Ce nouveau référentiel entrera en vigueur en janvier 2016.

MAJ juin 2016 :
- Les résultats de l'enquête sur l'accès aux tests moléculaires réalisée avec 5 ARS ont été publiés en janvier 2016.

- Le RIHN est entré en vigueur en mars 2016. Celui-ci inclut notamment de nouveaux actes pour le NGS en génétique somatique et constitutionnelle.

- L'étude médico-économique sur le coût du NGS ciblé est terminée. Une publication des résultats de l'étude est en cours de préparation.

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

N°	Libellé	Responsable de l'action	Jalons terminés	État calculé de l'action
6.3	Mettre en œuvre dès 2014 des essais cliniques incluant l'analyse de l'exome tumoral sur 3 000 patients atteints de cancers du sein, cancers du côlon, cancers du poumon et sarcomes pour démontrer la faisabilité à grande échelle de ces approches et leur utilité dans la prise en charge des patients.	INSERM; INCa	2 sur 6 (33%)	Retard (plus de 9 mois)

Jalon	Fin prévue le	État du Jalon
Ouverture aux inclusions des essais SAFIR02 sein et poumon (séquençage ciblé)	31/12/14	Terminé
Autorisation de nouveaux essais guidés par la génomique avec séquençage de l'exome	31/12/15	En cours - Retard (plus de 9 mois)
Mise en place du programme MULTIPLI dans le cadre du Plan Médecine Génomique	01/01/16	Terminé
Ouverture aux inclusions de nouveaux essais guidés par la génomique avec séquençage de l'exome	31/12/16	En cours - Retard (moins de 3 mois)

Les essais Safir02-Breast et Safir02Lung sont ouverts aux inclusions depuis mars 2014 pour les cancers du sein et du poumon. Ils ont recours au NGS ciblé.
Le pilotage des essais cliniques guidés par la génomique portant sur le côlon et les sarcomes a été transféré à l'Inserm en fin d'année 2015. Cependant, les ouvertures des inclusions sont toujours attendues pour début 2017.
Le projet pilote cancer « MULTIPLI » comprend d'étudier l'exome entier et le RNA Ses de 2000 patients atteints de sarcomes et de cancer colique. Cet essai de médecine génomique cancer (projet pilote du plan France médecine génomique) permettra de répondre à la faisabilité à grande échelle et à la proportion de patients qui auront pu bénéficier d'un traitement innovant grâce à la mise en place du séquençage.

N°	Libellé	Responsable de l'action	Jalons terminés	État calculé de l'action
6.4	Soutenir la mise en œuvre et la réalisation du séquençage à haut débit de l'ensemble des cancers à la fin du Plan.	INCa	3 sur 9 (33%)	Retard (moins de 3 mois)

Jalon	Fin prévue le	État du Jalon
Mise en place d'un groupe de suivi des projets de déploiement du séquençage de nouvelle génération en routine clinique	30/04/14	Terminé

Jalon	Fin prévue le	État du Jalon
Elaboration d'un guide de bonnes pratiques pour les analyses réalisées par des techniques de NGS ciblées	30/06/15	Terminé
Validation technique des projets de séquençage de l'exome tumoral dans le cadre des essais cliniques	31/12/15	Terminé
Achèvement du déploiement du NGS ciblé dans les plateformes et les laboratoires d'oncogénétique	31/10/16	En cours - Retard (moins de 3 mois)

En s'appuyant sur l'expérience acquise pendant cette phase pilote, le NGS a été déployé en 2015 dans l'ensemble des plateformes de génétique moléculaire et des laboratoires d'oncogénétique. Les financements de l'INCa ont permis de soutenir la phase de validation technique du NGS et le recrutement de bioinformaticiens au sein des équipes.Fin 2016 l'ensemble des laboratoires d'oncogénétique ont achevé la transition vers le NGS. Une partie des plateformes de génétique moléculaires n'ont pas achevé la phase de validation technique et devraient achever la transition des examens moléculaires en 2017.

Par ailleurs, des documents ont été publiés pour accompagner la mise en place de démarches qualité dans le cadre du NGS. Il s'agit notamment d'un document lié à la validation de méthodes selon les normes de qualité existantes, ainsi que d'un document visant à harmoniser le retour des résultats d'analyse par NGS aux oncologues.

N°	Libellé	Responsable de l'action	Jalons terminés	État calculé de l'action
6.5	Générer et comprendre les grandes données.	Aviesan	3 sur 5 (60%)	Planning respecté

Le Premier Ministre a confié en avril 2015 au Président d'Aviesan la mission de déterminer les conditions nécessaires pour permettre le séquençage du génome entier en routine et de donner des recommandations sur l'organisation de l'infrastructure du séquençage, d'acquisition, de gestion et d'analyse de données. Cette mission dépasse le seul cadre du cancer et l'action 6.5 du Plan cancer doit s'intégrer dans cette réflexion globale.
Les travaux ont débuté dès le mois de mai, un modèle d'organisation a été présenté. De nouveaux groupes de travail ont été constitués afin de présenter un plan national en janvier 2016 dans lequel seront intégrés les cancers.

N°	Libellé	Responsable de l'action	Jalons terminés	État calculé de l'action
6.6	Intégrer les études génomiques des cancers dans une vision scientifique globale de l'hétérogénéité des tumeurs et de leurs relations avec le stroma et le système immunitaire.	INCa; ITMO cancer	2 sur 9 (22%)	Retard (plus de 9 mois)

Jalon	Fin prévue le	État du Jalon
1) Symposium sur les résultats des projets ICGC France-2015	31/12/15	En cours - Retard (plus de 9 mois)
Publication de l'édition 2016 de l'appel à projets Hétérogénéité de l'ITMO Cancer	31/12/15	Terminé
Sélection des projets issus de l'AAP Hétérogénéité de l'ITMO Cancer	30/11/16	Terminé

L'ITMO Cancer a publié début 2016 un nouvel appel à projets pour financer des projets de recherche dans le domaine de l'hétérogénéité fonctionnelle des relations cellulaires tumorales dans leur écosystème. Le but est de promouvoir la mise en place d'une importante quantité de ressources et de compétences afin de conduire des projets de recherche interdisciplinaires nécessitant la coopération d'équipes nationales provenant de domaines différents, comme la biologie cellulaire, la modélisation mathématique, la génétique et l'épigénomique, ou encore la mécanobiologie.
Les lettres d'intention soumises ont été évaluées fin mai 2016, les porteurs de projets retenus se sont réunis en juin 2016 afin de permettre des échanges et finaliser des projets complets qui seront évalués en septembre 2016.
Cette action ayant été reformulée en décembre 2015, les jalons initialement définis ne correspondent plus et sont donc abandonnés.
Le symposium sur les résultats des projets ICGC France aura lieu en mars 2017 et en 2018.

N°	Libellé	Responsable de l'action	Jalons terminés	État calculé de l'action
6.7	Développer des algorithmes d'identification des anomalies moléculaires responsables des cancers et rendre prioritaires les projets visant à développer les outils d'aide à la décision thérapeutique dans le cadre du programme de recherche sur la performance du système de soins.	Aviesan	0 sur 0	Planning respecté

II. PRÉSERVER LA CONTINUITÉ ET LA QUALITÉ DE VIE

O 7 : ASSURER DES PRISES EN CHARGE GLOBALES ET PERSONNALISÉES

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

Sous objectif : Fluidifier et adapter les parcours de santé

N°	Libellé	Responsable de l'action	Jalons terminés	État calculé de l'action
7.1	Garantir aux malades une orientation adéquate dès le diagnostic de cancer.	INCa	2 sur 7 (29%)	Retard (de 3 à 9 mois)
	Jalon		**Fin prévue le**	**État du Jalon**
	Publication de la synthèse INCa des études réalisées sur les délais en cancérologie		31/12/14	Terminé
	Enquête sur les délais de RDV pour une IRM		31/12/15	Terminé
	Cadrage délais et mise en place d'un groupe de réflexion		30/06/16	Non débuté - Retard (de 3 à 9 mois)
	Préconisation mesure délais de prise en charge et programmation mise en oeuvre		31/12/16	Non débuté - Retard (moins de 3 mois)

N°	Libellé	Responsable de l'action	Jalons terminés	État calculé de l'action
7.2	Adapter et renforcer le dispositif d'annonce.	INCa	0 sur 3 (0%)	Retard (de 3 à 9 mois)

Jalon	Fin prévue le	État du Jalon
Mise en place groupe de travail sur l'adaptation du dispositif d'annonce (DA)	30/06/16	En cours - Retard (de 3 à 9 mois)

La note de cadrage sur la révision du dispositif d'annonce (adaptation aux publics fragiles et renforcement pour l'ensemble des publics) a été validée au COMEP du 8 juillet 2016. La première réunion du groupe d'experts (transversal au sanitaire et au social) s'est réunie le 10 novembre 2016.Elle a permis de recueillir l'expérience de chacun des membres de l'annonce et de mettre en évidence les points de vigilance. La prochaine aura lieu le 1er février 2017.
Le livrable, attendu au premier semestre 2017, devrait être une des recommandations de mise en œuvre nationales avec un socle minimal de base et des focus spécifiques sur les publics fragiles (personnes atteintes de déficience intellectuelle, personnes âgées, enfants, adolescents et jeunes adultes, migrants, publics précaires, patients déjà atteints d'une pathologie lourde). Il sera accompagné d'outils pour les professionnels en annexe.

N°	Libellé	Responsable de l'action	Jalons terminés	État calculé de l'action
7.3	Permettre à chacun de disposer de programmes personnalisés de soins et de l'après-cancer prenant en compte l'ensemble de ses besoins.	INCa	3 sur 5 (60%)	Retard (de 3 à 9 mois)

Jalon	Fin prévue le	État du Jalon
Note de cadrage travaux PPS	08/09/14	Terminé
Mise en place groupe de travail pour définition du contenu métier du PPS	31/03/15	Terminé
Définition du contenu minimum et démarche d'utilisation du PPS	30/06/15	Terminé
Mise en place groupe de travail pour définition du contenu métier du PPAC	30/06/16	Non débuté - Retard (de 3 à 9 mois)
Définition du contenu minimim et démarche d'utilisation du PPAC	31/12/16	Non débuté - Retard (moins de 3 mois)

La recherche bibliographique relative au PPAC a été en grande partie réalisée. Elle est néanmoins complexe compte tenu de l'étendue du sujet. Les équations de recherche documentaire sont donc multiples.
La note de cadrage devrait être examinée en COMEP en mars-avril 2017.
Le PPAC, se plaçant dans la continuité du PPS et étant en quelque sorte son miroir pour l'après-cancer, il était nécessaire d'attendre la stabilisation des travaux relatifs au PPS avant d'initier les travaux sur le second.

N°	Libellé	Responsable de l'action	Jalons terminés	État calculé de l'action
7.4	Garantir au patient l'articulation entre l'hôpital et la ville à l'occasion de la consultation de fin de traitement.	DGOS	3 sur 7 (43%)	Retard (plus de 9 mois)

Jalon	Fin prévue le	État du Jalon
Analyse des leviers pertinents pour déploiement dans les organisations et les pratiques	30/06/15	En cours - Retard (plus de 9 mois)
Intégration de la problématique dans la réflexion CORETAH CANCER sur les évolutions du modèle de financement (cf. action 17.3)	30/06/15	Terminé
Intégration de cet enjeu dans l'expérimentation des IDEC (expérimentation DGOS/ INCa - action 16.5)	01/07/15	Terminé
Intégration de la consultation de fin de traitement dans le modèle de financement en cours de construction en radiothérapie (expérimentation DGOS - action 17.5)	31/12/15	Terminé
Cadrage national du dispositif d'articulation ville-hôpital préconisé à l'issue des traitements hospitaliers (DGOS-INCa)	31/12/16	En cours - Retard (moins de 3 mois)
Elaboration de référents organisationnels (INCa)	31/12/16	En cours - Retard (moins de 3 mois)

Jalon	Fin prévue le	État du Jalon
Intégration de la problématique dans les travaux sur l'évolution du cadre juridique des autorisations, critères d'agrément et certification	31/12/16	En cours - Retard (moins de 3 mois)

La consultation de fin de traitement fait partie intégrante des travaux engagés par la DGOS sur l'évolution des modèles d'organisation et de financement en cancérologie dans les champs en particulier de la radiothérapie, de la chimiothérapie et des soins de support.

Le financement de la consultation de fin de traitement est pris en compte dans le nouveau modèle de financement de la radiothérapie arrêté en 2016, sur la base d'un financement forfaitaire en lien avec les différentes techniques de radiothérapie. Ce nouveau modèle sera mis en œuvre à blanc en 2017, sans lui faire produire, dans cette phase transitoire, tous ses effets financiers. Cette période permettra de mesurer les effets revenus produits par ce nouveau modèle, avant une mise en œuvre effective en 2018.

L'INCa a par ailleurs précisé, dans l'expertise récemment produite sur le parcours de chimiothérapie orale, les conditions de déroulement des consultations de fin de traitement dans ce domaine. Ces travaux donnent des indications précises de pratiques pour les professionnels.

En outre, les objectifs de l'action 7.4 (le bon déroulement de la consultation de fin de traitement, ainsi que de façon générale l'articulation entre l'hôpital et la ville) sont très liés aux travaux actuellement conduits par l'INCa sur les évolutions des projets personnalisés de soins et des projets personnalisés de soins de l'après-cancer et sur le déploiement du dossier communicant de cancérologie. Ils en suivent logiquement le calendrier de mise en oeuvre.

Enfin, l'enjeu de la fin de traitement et des échanges d'information à consolider à ce moment clé est pris en compte dans l'expérimentation conduite par la DGOS et l'INCa sur le "parcours personnalisé en cancérologie" (action 16.5) avec 45 équipes participantes. La conduite de l'expérimentation IDEC permettra d'évaluer les organisations et supports d'information les plus pertinents pour répondre à cet enjeu.

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

1/ HAD : Le rapport réalisé par la Haute Autorité de santé sur l'évaluation médico-économique de la chimiothérapie en iv et per os (HAD) à la demande de la DGOS a été publié en janvier 2015. Il a servi de base au lancement des travaux sur la réforme du modèle de la HAD (Hospitalisation à domicile) et sur la revalorisation tarifaire des prises en charge coûteuses en HAD.

2/ ESMS : Accès au dépistage des personnes handicapées - cf. Action 1.7 du Plan cancer liée avec le jalon "Enquête sur l'accès aux soins des personnes handicapées"
Les principales actions concernant l'accès au dépistage des personnes handicapées ont été abordées par la CNH de 2014 et le CIH en 2013.
ESMS : Enquete sur l'accès aux soins des personnes handicapées (feuille de route du CIH et préparation de la conférence nationale du Handicap) Terminé
Qu'elles soient reconnues ou non, les limitations fonctionnelles font obstacle au recours au dépistage.
A la suite de cette enquête, une instruction va être publiée pour des consultations de soins courants dédiés aux personnes handicapées (financement FIR).
- INSTRUCTION N° DGOS/R4/DGCS/3B/2015/313 du 20 octobre 2015 relative à la mise en place de dispositifs de consultations dédiés pour personnes en situation de handicap
- Les rapports de l'IRDES n° 560 • Juin 2015 : L'accès aux soins courants et préventifs
des personnes en situation de handicap en France Tome 1 - Résultats de l'enquête Handicap-Santé volet Ménages.
3/ ESMS : Le bilan de l'expérimentation de conventions entre établissements de santé et les maisons d'accueil spécialisées et foyers d'accueil médicalisés (MAS-FAM) pour la prise en charge de personnes handicapées (DGCS): il est demandé de supprimer ce jalon, compte tenu de la mise en place d'une feuille de route sur l'accès aux soins des personnes handicapées qui comprend un ensemble de mesures visant notamment à favoriser l'accès aux soins somatiques des personnes handicapées en ambulatoire ou en établissement de santé et à améliorer la coordination des acteurs entre le secteur sanitaire et médico-social. Dans ce cadre, il n'est pas prévu de faire un état des lieux des conventions signées entre des établissements de santé et des établissements et services médico-sociaux.

4/ ESMS : L'enquête relative à l'accès aux soins des personnes handicapées (feuille de route de la Classification internationale des handicaps (CIH) et préparation de la conférence nationale du Handicap (CNH)) est terminée. Elle conclut à ce que, qu'elles soient reconnues ou non, les limitations fonctionnelles font obstacle au recours au dépistage. Cette enquête a donné lieu à la publication par l'IRDES d'un rapport en juin 2015 (cf. Les rapports de l'IRDES n° 560 • Juin 2015 : l'accès aux soins courants et préventifs des personnes en situation de handicap en France Tome 1 - Résultats de l'enquête Handicap-Santé volet Ménages)
Par ailleurs une instruction N°DGOS/R4/DGCS/3B/2015/313 du 20 octobre 2015 relative à la mise en place de dispositifs de consultations dédiés pour personnes en situation de handicap a été publiée (financement du Fonds d'intervention régional (FIR)).
Une feuille de route sur l'accès aux soins des personnes handicapées va être mise en place. Elle comprendra un ensemble de mesures visant notamment à favoriser l'accès aux soins somatiques des personnes handicapées en ambulatoire ou en établissement de santé et à améliorer la coordination des acteurs entre le secteur sanitaire et médico-social.

Mai 2016 : un bilan est en cours (DGCS) auprès des ARS sur le dispositif des consultations dédiées et les autres actions mises en œuvre pour améliorer l'accès aux soins des personnes handicapées
(INSTRUCTION N° DGCS/SD3B/ 2016/41 du 5 février 2016 relative au questionnaire ayant pour objet la réalisation par les ARS d'un recensement des dispositifs offrant des solutions d'accueil et d'accompagnement des personnes handicapées vieillissantes)
5/ STSP : Service territorial de santé au public : Ce projet a disparu dans la dernière version de la loi de modernisation du système de santé et est remplacé par la Communauté professionnelle territoriale de santé.(cf. ASSEMBLÉE NATIONALE 13 mars 2015 AMENDEMENT N° AS1324).

6/ HAD : L'analyse du PMSI HAD par l'ATIH est terminée: l'ATIH réalise depuis 2014 l'analyse du PMSI des structures HAD. Des données annuelles sont disponibles. Elles ont été utilisées par le bureau R4 de la DGOS pour réaliser un état des lieux sur le développement de la chimiothérapie en HAD et une analyse au regard des autres modes de prise en charge.
Il n'y a pas de rapport spécifique écrit sur l'utilisation de ces données pour l'instant.

7/ HAD/ESMS : L'évaluation de l'expérimentation de l'HAD dans les établissements et services sociaux et médico-sociaux (ESMS) de 4 régions a été conduite et a permis de dégager un certain nombre de propositions visant à renforcer le développement de l'HAD dans les ESMS qui vont être soumises à l'arbitrage des cabinets en vue de les présenter aux partenaires intéressés, notamment les fédérations gestionnaires d'ESMS.
Mai 2016 : le COPIL de cette expérimentation a été réuni en avril 2016. Une feuille de route est en cours d'élaboration.

8/ HAD : Le premier bilan de l'application de la circulaire N°DGOS/R4/2013/398 du 4 décembre 2013, pour le maintien à domicile des personnes atteintes de cancer est en cours : il n'y a pas de bilan officiel des suites de cette circulaire. Un rapport de la DGOS (bureau R4 « Prises en charge post aigües, pathologies chroniques et santé mentale ») a été fait sur le développement de la chimiothérapie en HAD en lien avec la circulaire de décembre 2013,. A partir de cet indicateur, des modes de prise en charge principaux (MPP) ont été définis. Ils sont mesurés annuellement en nombre de journées :
13 Surveillance post-chimiothérapie anticancéreuse
5 Chimiothérapie anticancéreuse
17 Surveillance de radiothérapie

9/ – SSR : Intégration des SSR dans les éts de santé bénéficiaires de la prise en charge par l'assurance maladie des médicaments de la liste en sus (article 49 - PLFSS 2016)
De 2014 à 2016, les ES SSR ont été éligibles aux financements molécules onéreuses qui intégraient des molécules anticancéreuses.
Un effort spécifique a été réalisé à compter de la campagne tarifaire 2016 : les crédits MO ont été multipliés par 5 pour atteindre 30 M€ et la liste des MO éligibles a été élargie, notamment en ce qui concerne la cancérologie aux inhibiteurs de tyrosine kinase.

10/ HAD - Recueil d'information relatif à certains traitements coûteux dans les établissements d'hospitalisation à domicile (HAD)
INSTRUCTION N° DGOS/R4/2015/304 du 9 octobre 2015 relative à la mise en place d'un recueil d'information sur les traitements coûteux hors liste en sus consommés dans les établissements d'hospitalisation à domicile.
Selon cette instruction, le recueil se fera sur la période de janvier 2015 à octobre 2015 pour les établissements et ARS, puis à partir du 1er mars 2016 pour l'ATIH.
Mai 2016 : les résultats du premier recueil FICHSUP 2015 ont été traités et analysés. Une enveloppe de 4M€ a été attribuée en C1 2016 au prorata de ces consommations (DGOS).
Le recueil FICHCOMP a débuté au 1er mars 2016, celui-ci nous permettra d'associer les consommations des MO hors liste en sus aux séjours HAD.

11 - CPTS : Lancement du déploiement des Communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS) tel que prévu par la loi de santé (article 65). Une instruction DGOS est en cours de préparation.

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

N°	Libellé	Responsable de l'action	Jalons terminés	État calculé de l'action
7.6	Assurer une orientation adéquate vers les soins de support pour tous les malades.	INCa	4 sur 6 (67%)	Retard (moins de 3 mois)
	Jalon		**Fin prévue le**	**État du Jalon**
	"Référentiel national de processus d'évaluation/orientation/accompagnement de patients en souffrance psychique": mise en place d'un groupe de travail		31/12/14	Terminé
	Rédaction du référentiel national des processus d'évaluation/orientation/ accompagnement de patients en souffrance psychique		31/12/15	Terminé
	Proposition d'un panier de soins de support indispensables à la prise en charge sanitaire en cancérologie (INCa)		30/03/16	Terminé
	Proposer un contenu minimum du volet SOS dans le PPS et PPAC en vue d'une intégration dans le DCC et définir modalités transmission info ville/hôpital		30/06/16	Terminé

Jalon	Fin prévue le	État du Jalon
Nourrir la réflexion sur organisation des prises en charge complexes dans le cadre de l'évolution des critères d'agrément (cf jalons actions 2.5- 2.8)	31/12/16	Non débuté - Retard (moins de 3 mois)

Jalon "Mise en place d'un GT pluriprofessionnel et institutionnel sur les SOS permettant de caractériser les actions à mettre en place dans le cadre du plan" a été supprimé car il a été décidé de mettre en place des projets au plus près des 6 sous-actions du plan cancer.
De nouveaux jalons vont être créés à l'été 2016 pour répondre plus finement aux objectifs du Plan cancer.

N°	Libellé	Responsable de l'action	Jalons terminés	État calculé de l'action
7.7	Améliorer l'accès à des soins de support de qualité.	DGOS	7 sur 11 (64%)	Retard (plus de 9 mois)

Jalon	Fin prévue le	État du Jalon
Intégration de la problématique des soins de support dans les travaux du CORETAH CANCER visant à l'adaptation des organsiations et modèles de financement en cancérologie	01/04/15	Terminé
Adaptation du financement des soins de support : remodélisation de la MIG qualité transversale	31/12/15	En cours - Retard (plus de 9 mois)
Cadrage des orientations nationales en termes de soins de support de cancérologie	31/12/15	Terminé
Création d'un groupe de travail ad hoc sur les soins oncologiques de support	31/12/15	Terminé
Intégration de la problématique "soins de support" dans la réflexion CORETAH Cancer	31/12/15	Terminé
Intégration des soins de support dans les travaux du CORETAH CANCER visant à l'adaptation des organisations et modèles de financement en cancérologie	31/12/15	Terminé
Réalisation d'un état des lieux des freins et leviers auprès des acteurs et partenaires institutionnels en cancérologie	31/12/15	Terminé
Examen des évolutions à apporter au régime d'autorisation concernant l'accès aux soins de support	30/06/16	En cours - Retard (de 3 à 9 mois)
Renforcement des soins de support proposés aux adolescents et jeunes adultes atteints de cancer: financement spécifique en 1ère circulaire budgétaire 2016 et parution d'un cadre national	01/07/16	Terminé

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

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

A partir de ces différents éléments, un projet d'évolution du cadre d'organisation et du financement des soins oncologiques de support est actuellement en cours de réflexion au sein de la DGOS.

Une réponse a par ailleurs été aportée sans attendre, en 2016, aux besoins spécifiques en soins de support des adolescents et jeunes adultes atteints de cancer. L'organisation attendue au niveau de chaque région a été définie par une instruction nationale DGOS/INCa parue le 29 mai 2016 et son déploiement a été favorisé par l'octroi d'un financement national concomitant de 700 milles euros, en complément d'un financement préalable alloué en faveur des organisations de prise en charge des AJA de 1,3 millions d'euros. Elle vise à une meilleure coordination des acteurs autour de la réponse aux besoins en soins de support et à diversifier les soins ainsi proposés.

N°	Libellé	Responsable de l'action	Jalons terminés	État calculé de l'action
7.8	Apporter des solutions de garde d'enfants pendant les rendez-vous médicaux et les traitements des parents.	DGCS	2 sur 3 (67%)	Retard (moins de 3 mois)

Jalon	Fin prévue le	État du Jalon
Restitution de l'évaluation de l'expérimentation de l'élaboration de schémas départementaux de services aux familles	01/06/15	Terminé

Jalon	Fin prévue le	État du Jalon
Organisation d'une réunion avec les partenaires de cette action sur les suites de la circulaire de 2015 sur de la démarche de mise en œuvre des schémas departementaux des services aux familles	31/01/16	Terminé
Réunion avec les partenaires sur les suites de la circulaire de 2015 : démarche de mise en œuvre des schémas départementaux des services aux familles	31/12/16	En cours - Retard (moins de 3 mois)
Une circulaire de janvier 2015 a généralisé la démarche de mise en œuvre de schémas départementaux des services aux familles, initialement expérimentale. Le guide pour l'élaboration de ces schémas, publié en juin 2015, prend en compte cette action du Plan cancer.		

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

N°	Libellé	Responsable de l'action	Jalons terminés	État calculé de l'action
7.9	Faciliter l'accès des personnes atteintes de cancer qui en ont besoin aux aides à domicile.	DGCS	3 sur 4 (75%)	Retard (de 3 à 9 mois)
	Jalon		**Fin prévue le**	**État du Jalon**
	Identification des données disponibles		31/10/14	Terminé
	Mise en place d'un GT sur la connaissance des besoins et les pistes pour améliorer l'accès à des mesures de soutien à domicile.		31/12/14	Terminé
	Jalons à définir par le GT		17/03/15	Terminé
	Publication du décret sur les personnes éloignées des systèmes de prévention et de soins, en prenant en compte leurs spécificités		30/09/16	En cours - Retard (de 3 à 9 mois)
	Le projet de décret relatif aux modalités d'application de l'article 90 de la LMSS (médiation sanitaire et interprétariat linguistique) prévoit des référentiels de compétences, de formation et de bonnes pratiques, élaborés ou validés par la Haute Autorité de santé (HAS), en concertation avec les acteurs concernés. Toutefois la réalisation de ce travail doit prendre en compte la définition du périmètre. La HAS a commencé les travaux, les premières conclusions portant notamment sur le périmètre seront rendues en janvier 2017. La publication du décret a été différée dans l'attente de ces éléments.			

N°	Libellé	Responsable de l'action	Jalons terminés	État calculé de l'action
7.10	Mieux prendre en compte les besoins des aidants familiaux ou proches aidants.	DGCS	1 sur 2 (50%)	Retard (moins de 3 mois)
	Jalon		**Fin prévue le**	**État du Jalon**
	Organisation d'une réunion de restitution des travaux en cours sur les questions de répit/ alternative au domicile avant la fin du 1er semestre 2015		01/06/15	Terminé
	Publication de l'arrêté sur les références pour un outil d'évaluation multidimentionnelle pour les équipes médico-sociales qui instruisent les demandes d'APA		31/12/16	En cours - Retard (moins de 3 mois)
	Le soutien des aidants est un axe important des politiques en faveur des personnes handicapées, en perte d'autonomie ou atteintes de maladies chroniques. La loi relative à l'adaptation de la société au vieillissement comprend des dispositions qui prévoient la prise en compte des besoins des aidants lors de l'évaluation multidimensionnelle conduite pour l'attribution de l'allocation personnalisée d'autonomie (APA) ainsi que dans le plan d'aide. La Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA) a élaboré, en lien avec des équipes médico-sociales des départements, un référentiel d'évaluation multidimensionnelle.			

N°	Libellé	Responsable de l'action	Jalons terminés	État calculé de l'action
7.11	Promouvoir l'accès à des solutions d'hébergement adaptées à l'évolution des prises en charge.	DGOS	3 sur 4 (75%)	Planning respecté

La possibilité pour les établissements de santé de proposer un hébergement non médicalisé de proximité a été introduite par l'article 53 de la loi de financement de la sécurité sociale 2015, dans un cadre expérimental. Même si elle n'est pas spécifique au cancer, cette expérimentation inclura la réponse aux besoins exprimés dans le champ de la cancérologie.
Sous l'égide de la DGOS, un groupe de travail a été mis en place en mai 2015 et s'est réuni à deux reprises pour définir les modalités pratiques de mise en œuvre de l'expérimentation.
La HAS a par ailleurs rendu un rapport d'orientation en novembre 2015, sur les critères d'éligibilité des patients à un hébergement à proximité d'un établissement de santé, posant des garanties en termes de sécurité et qualité des parcours concernés.
Sur la base de ces travaux, un décret en Conseil d'Etat a été établi pour définir les conditions de mise en œuvre de l'expérimentation. Il est en cours de signature et permettra d'engager le lancement de l'expérimentation début 2017.

N°	Libellé	Responsable de l'action	Jalons terminés	État calculé de l'action
7.12	Ouvrir aux personnes atteintes de cancer les plus démunies l'accès à une offre élargie d'alternatives au domicile.	DGCS	4 sur 6 (67%)	Planning respecté

Les "lits halte soins santé" (LHSS) accueillent des personnes sans abri dont l'état de santé ne justifie pas ou plus une hospitalisation mais qui nécessite une prise en charge adaptée. Les "lits d'accueil médicalisés" (LAM) prennent en charge des personnes sans domicile atteintes de lourdes pathologies. Ces dispositifs qui répondent à un véritable besoin pour la prise en charge des personnes sans abri souffrant de pathologies diverses sont pérennisés à l'issue d'une phase d'expérimentation. Le décret n°2016-12 du 11 janvier 2016 détaille les conditions techniques de fonctionnement des deux dispositifs. Le Premier Ministre a annoncé le 13 avril 2016 dans le cadre des perspectives 2016-2017 du plan pluriannuel contre la pauvreté et pour l'inclusion sociale la création de 300 LAM et 200 LHSS à partir de 2017. 50 nouvelles places de LHSS et 100 places de LAM sont créées en 2016 (cf. INSTRUCTION INTERMINISTERIELLE N° DGCS/SD1/SD5C/DGS/DSS/DB/2016/266 du 30 août 2016 relative à la campagne budgétaire pour l'année 2016 des établissements et services médico-sociaux accueillant des personnes confrontées à des difficultés spécifiques).
Au 31/12/2016, 1346 LHSS et 310 LAM seront financés.

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

N°	Libellé	Responsable de l'action	Jalons terminés	État calculé de l'action
7.13	Rendre accessible aux malades et aux proches une information adaptée.	INCa	2 sur 6 (33%)	Retard (de 3 à 9 mois)
	Jalon		**Fin prévue le**	**État du Jalon**
	Etat des lieux des modalités de diffusion et de promotion des outils Cancer Info et plan d'amélioration		30/06/15	Terminé
	Financement d'associations proposant des projets d'information des malades via l'appel à projet INCa		31/12/15	Terminé
	Evaluation des modalités de diffusion et de promotion des outils Cancer Info		30/06/16	En cours - Retard (de 3 à 9 mois)

N°	Libellé	Responsable de l'action	Jalons terminés	État calculé de l'action
7.14	Promouvoir le développement de programmes d'éducation thérapeutique des patients.	INCa	5 sur 10 (50%)	Planning respecté

N°	Libellé	Responsable de l'action	Jalons terminés	État calculé de l'action
7.15	Soutenir des expériences de « patients ressources » bénévoles et évaluer l'apport et les conditions de leur participation à l'accompagnement des personnes atteintes de cancer.	LNCC (Ligue)	9 sur 14 (64%)	Planning respecté

3 régions pilotes ont été retenues afin de mener les expérimentations :
- Alsace - Lorraine - Champagne-Ardennes
- PACA
- Pays de la Loire

Le recrutement des patients ressource ainsi que leur formation a démarré dans les régions pilotes, ce processus se poursuivra jusqu'en 2018 avec plusieurs sessions de formation : c'est pourquoi il est difficile d'indiquer "terminée" car il s'agit d'un processus continu de recrutement et de formation de patients ressource.

A la suite à un appel d'offres, un cabinet d'expertise a été retenu en juin 2016 pour réaliser l'évaluation de l'expérimentation dans les 3 régions.

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

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

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

N°	Libellé	Responsable de l'action	Jalons terminés	État calculé de l'action
8.1	Assurer l'accès à la préservation de la fertilité.	ABM	2 sur 14 (14%)	Retard (plus de 9 mois)

Jalon	Fin prévue le	État du Jalon
Analyse de l'offre : maillage territorial des centres AMP et des centres de prise en charge pour le cancer	30/06/15	Terminé
Analyse quantitative et qualitative de l'activité de conservation des gamètes et tissus germinaux au niveau national et au niveau régional	30/06/15	Terminé
Evaluation des besoins : définir la cible populationnelle en fonction des indications (à déterminer qd cela est possible (GT à constituer)	30/06/15	En cours - Retard (plus de 9 mois)
Information des patients : par exemple website fertilité INCa et ABM	31/12/15	En cours - Retard (plus de 9 mois)
Information des professionnels : notamment séminaire, GT (sous réserve des conclusions du jalon précédent)	31/12/15	En cours - Retard (plus de 9 mois)
Plateformes clinico-biologiques de préservation de la fertilité : Expertise et définition du concept : mission, composition, fonctionnement	31/12/15	En cours - Retard (plus de 9 mois)
Préservation de la fertilité dès le dispositif d'annonce (cf. action 7.2.)	31/12/15	En cours - Retard (plus de 9 mois)
Recherche : bilan des travaux et des leviers : appel à projets, base de données médico-sociales	31/12/15	En cours - Retard (plus de 9 mois)

En 2016, deux enquêtes ont été menées par l'ABM : l'une auprès des centres d'AMP et direction des établissements portant sur les attributions de missions d'intérêt général (MIG) aux centres d'AMP, dont un compartiment est fléché pour cette activité, et l'autre auprès des ARS sur l'organisation de la préservation de la fertilité pour les patients atteints de cancer, permettant de dresser un état des lieux de cette offre de soins au niveau national. Ces deux actions s'inscrivent dans le cadre des trois premiers jalons. En ce qui concerne la cible populationnelle, une évaluation a été réalisée au niveau national pour les tumeurs solides, par tranche d'âge et type de cancer. Cette même approche pour les hémopathies malignes est en cours ainsi qu'une déclinaison au niveau régional de ces différents types de cancer, en lien avec l'INCa. Le site de l'INCa a enrichi l'information sur la préservation de la fertilité et la rédaction de brochures à destination des patients est en projet, dépendant des dispositions du calendrier de l'INCa. Des contacts ont été pris avec des associations de patients . En ce qui concerne l'information des professionnels, nous avons participé à plusieurs congrès et réunions organisées par certains Réseaux Régionaux de Cancérologie et Sociétés Savantes. Après recensement de l'existant, un travail de rédaction sur la définition du concept de plateforme clinico-biologique est en cours. En 2016, un état des lieux sur les projets de recherche a été réalisé et un suivi régulier a été mis en place.
L'avancée de l'action 7.2, concernant l'information sur la préservation de la fertilité dès le dispositif d'annonce est dépendante des dispositions du calendrier de l'INCa. Il en est de même pour le recensement et le développement de référentiels à usage des professionnels, pour la définition approfondie de la cible populationnelle et l'information des patients. Des contacts spécifiques ont été pris en ce sens. Au total, un certain nombre de ces jalons dépendent du calendrier de l'INCa.

N°	Libellé	Responsable de l'action	Jalons terminés	État calculé de l'action
8.2	Structurer le suivi de long terme des enfants et adolescents.	INCa	0 sur 2 (0%)	Retard (plus de 9 mois)

Jalon	Fin prévue le	État du Jalon
Concertation avec le groupe de travail cancéropédiatrie	31/12/15	Non débuté - Retard (plus de 9 mois)
Déploiement de la plateforme d'observation des cancers pédiatriques Cohoper	30/06/16	Non débuté - Retard (de 3 à 9 mois)

Le groupe de canceropédiatrie est constitué.

N°	Libellé	Responsable de l'action	Jalons terminés	État calculé de l'action
8.3	Améliorer la prise en compte des séquelles physiques des traitements des cancers.	INCa	5 sur 8 (63%)	Planning respecté
	Les travaux seront réalisés en 2017. Il est prévu d'exploiter les résultats de l'enquête VICAN 2 et ceux issus des travaux européens réalisés dans le cadre de CANCON.			

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

N°	Libellé	Responsable de l'action	Jalons terminés	État calculé de l'action
8.4	Systématiser l'accompagnement au sevrage tabagique des malades atteints de cancer.	DGS	6 sur 10 (60%)	Retard (plus de 9 mois)
	Jalon		**Fin prévue le**	**État du Jalon**
	Inscription au PLFSS 2015 du forfait de remboursement des TNS à 150 euros		30/09/14	Terminé
	Etat des lieux sur la prévention du tabagisme des patients dans 20 établissements autorisés à prendre en charge des patients atteints de cancer (INCa)		31/12/14	Terminé
	Mise en œuvre du triplement du forfait d'aide au sevrage tabagique pour les patients atteints de cancer (ALD 30)		30/06/15	Terminé
	Rapport INCa sur le repérage systématique et le sevrage des patients fumeurs après tout diagnostic de cancer		30/06/15	Terminé
	Inscription systématisée de la consommation de tabac et de son suivi dans les nouveaux éléments du dossier du patient atteint de cancer (PPS-PPAC)		30/12/15	En cours - Retard (plus de 9 mois)
	Inscrire l'organisation d'un accompagnement au sevrage tabagique dans les critères d'autorisation cancer : définition du critère et calendrier		31/12/15	En cours - Retard (plus de 9 mois)
	Diffuser des outils d'aide à la pratique aux professionnels de santé concernés		31/12/16	Terminé
	Le remboursement d'un forfait nicotinique de substitution à hauteur de 150 euros est disponible depuis mi 2015 pour les patients atteints de cancer. Pour permettre une intégration de l'arrêt du tabac dans le traitement des cancers, l'INCa a mis à disposition des professionnels de santé en mars 2016, un document d'aide à leur pratique. Sur cette base, un dépliant de sensibilisation pour les professionnels de santé spécialisés en cancérologie, une brochure destinée à l'information des patients et une fiche pratique spécifique pour les médecins traitants ont été élaborés et diffusés à l'automne 2016. Les travaux relatifs à l'inscription systématique de la consommation du tabac et de son suivi dans les nouveaux éléments du dossier du patient atteint de cancer (PPS, PPAC) sont en cours. Ces travaux ont été réalisés à l'INCa pour le PPS en 2015 et seront effectués pour le PPAC au cours de 2016 avec une publication pour 2017. Le calendrier des travaux relatifs à l'inscription de l'organisation d'un accompagnement au sevrage tabagique dans les critères d'autorisation cancer, a été décalé à la suite de la mesure de simplification du régime des autorisations inscrite dans la loi du 26 janvier 2016. Le travail est en cours et doit aboutir à un nouveau référentiel pour janvier 2018.			

N°	Libellé	Responsable de l'action	Jalons terminés	État calculé de l'action
8.5	Mieux prendre en considération la consommation d'alcool des patients atteints de cancer et informer sur ses dangers.	INCa	0 sur 4 (0%)	Retard (moins de 3 mois)
	Jalon		**Fin prévue le**	**État du Jalon**
	Inscrire dans les nouvelles recommandations de PEC la sensibilisation sur l'alcool et la réorientation vers les consultations d'addictologie si besoin		31/12/16	Non débuté - Retard (moins de 3 mois)
	Inscrire dans les nouvelles recommandations de prise en charge des cancers un message de sensibilisation à la réduction des consommations d'alcool		31/12/16	Non débuté - Retard (moins de 3 mois)
	Les messages sur la consommation d'alcool des patients atteints de cancer doivent être en cohérence avec la réflexion sur les nouveaux repères de consommation pour la population générale attendue pour 2017 (ANSP/INCa). En outre, les informations relatives aux conduites addictives (telle qu'une forte consommation d'alcool) doivent être renseignées désormais dans le programme personnalisé de soins (PPS version 2016).			

N°	Libellé	Responsable de l'action	Jalons terminés	État calculé de l'action
8.6	Promouvoir chez les patients atteints de cancer l'activité physique et les comportements nutritionnels adaptés.	INCa	3 sur 6 (50%)	Retard (plus de 9 mois)

Jalon	Fin prévue le	État du Jalon
Inscrire le poids du patient comme un élément indispensable à renseigner dans les nouveaux éléments du dossier du patient (PPS/PPAC)	31/12/15	Terminé
Publication du rapport INCa sur les bénéfices de l'activité physique pour le patient atteint de cancer	31/12/15	En cours - Retard (plus de 9 mois)
Définition des compétences des encadrants : propositions du groupe de travail piloté par la DGS	31/03/16	Terminé
Disposition sur la prescription d'activité physique par le médecin traitant dans la loi de santé	31/12/16	Terminé

Le travail d'expertise scientifique sur les bénéfices de l'activité physique pratiquée pendant et après les traitements d'un cancer, les freins et les éléments facilitateurs de cette pratique est en cours de finalisation à l'INCa. La publication est prévue début 2017.

Une réflexion sur les modalités d'intégration de l'activité physique dans le parcours de soins en cancérologie sera menée en cohérence avec le cadre règlementaire et législatif en construction concernant plus globalement les maladies chroniques. En effet, la prescription de l'activité physique par le médecin traitant pour les patients atteints d'affections de longue durées a été inscrite dans la loi du 26 janvier 2016 relative à la modernisation de notre système de santé (article 144). La définition des conditions d'encadrement des patients doit faire l'objet de textes d'application qui s'appuient sur des recommandations d'un groupe de travail de travail piloté par la DGS rendues le 20 juin 2016. De même, des fiches pratiques pour faciliter la prescription de l'activité physique par les médecins sont en cours d'élaboration par la HAS.

D'autre part, parmi les éléments minimaux à renseigner dans le programme personnalisé de soins (PPS) des patients atteints de cancer, il est prévu dorénavant d'indiquer systématiquement le poids et l'état nutritionnel du patient ainsi que de préciser le besoin en accompagnement nutritionnel ou en reconditionnement physique/activité physique adaptée.

N°	Libellé	Responsable de l'action	Jalons terminés	État calculé de l'action
8.7	Favoriser l'observation et la recherche dédiée à la prévention des risques de second cancer.	Fondation ARC	5 sur 7 (71%)	Retard (moins de 3 mois)

Jalon	Fin prévue le	État du Jalon
Validation du calendrier des actions à mener sur la durée du Plan par responsables de l'action, identification de potentiels partenaires	31/12/14	Terminé
Pour la mise en œuvre des actions proposées : identification des chercheurs/acteurs terrain à solliciter + concertation	30/06/15	Terminé
Publication du rapport INCa sur tabagisme des patients atteints de cancer	30/06/15	Terminé
Colloque/journée workshop réunissant les acteurs potentiellement intéressés par les AAP qui seront lancés	31/12/15	Terminé
Lancement de l'AAP action 8.7	30/06/16	Terminé
Mise en place des projets sélectionnés via l'AAP action 8.7	31/12/16	Non débuté - Retard (moins de 3 mois)

La thématique "professionnels de santé", devant initialement être traitée par un réseau dédié, a été réorientée vers le texte de l'appel à projets et est inscrite dans les axes de l'AAP.
L'AAP s'est clôturé fin septembre 2016 et les projets déposés ont été expertisés par un comité international en novembre 2016.
Les projets sélectionnés ont été mis en place en décembre 2016.

Le rapport INCa sur activité physique et cancer est en cours de finalisation (publication prévue au 1er semestre 2017).

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

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

N°	Libellé	Responsable de l'action	Jalons terminés	État calculé de l'action
9.1	Améliorer l'accès aux aménagements pour le maintien de la scolarisation.	DGESCO	2 sur 7 (29%)	Retard (plus de 9 mois)

Jalon	Fin prévue le	État du Jalon
Définition du cadre de la rénovation de la circulaire interministérielle relative aux projets d'accueil individualisé (PAI)	31/12/15	Terminé
Sensibilisation des acteurs aux spécificités du cancer chez l'enfant	31/12/15	Non débuté - Retard (plus de 9 mois)
Création d'un groupe de travail pour rédiger la circulaire du nouveau PAI	30/09/16	Terminé

Un projet d'accueil individualisé (PAI) permettant des aménagements de la scolarité dont le service d'assistance pédagogique à domicile (SAPAD), est essentiel pour la scolarité mais aussi pour la santé de l'enfant. Une nouvelle circulaire sur les PAI visant à inclure l'enfant en tant qu'élève, tout en permettant les aménagements nécessaires au déroulement de sa scolarité, est en cours de préparation et paraîtra en 2017. Cette circulaire rénovera la circulaire interministérielle de 2003 relative à l'accueil en collectivité des enfants et des adolescents atteints de troubles de la santé évoluant sur une longue période.

Sensibilisation des acteurs aux spécificités du cancer chez l'enfant : un document à destination des professionnels de santé de l'éducation nationale est envisagé. La DGESCO a rencontré les représentants de la Ligue à cet effet.
A destination des équipes éducatives, une information générale sur le cancer pourra accompagner, comme d'autres documents tels que celui sur l'épilepsie, le dossier PAI de chaque école ou établissement.
Par ailleurs, une information sera délivrée aux parents, dans le cadre de l'affichage des ressources prévu dans le parcours éducatif de santé, notamment pour les informer que les personnels de santé de l'Education nationale, comme ils le font souvent, peuvent participer, avec leur autorisation et dans le respect du secret médical, à la démarche d'accompagnement de leur enfant en expliquant aux enseignants les répercussions liées à la maladie, aussi bien les absences répétées pour traitement que la fatigabilité liée à celui-ci.

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

Les moyens de compensation pour la scolarisation des élèves atteints de maladie du cancer peuvent bénéficier :
- d'une scolarisation à l'hôpital : très bien assurée actuellement;
- d'un PAI permettant des aménagements de la scolarité : dont le SAPAD (service d'assistance pédagogique à domicile), essentiel pour la scolarité mais aussi pour la santé de l'enfant. Les PAI sont effectués autant que de besoin, à la demande de la famille, en concertation étroite avec le médecin de l'éducation nationale et sous la responsabilité du directeur d'école ou chef d'établissement;
- d'une scolarisation à distance par le CNED : de préférence en double inscription dans un établissement scolaire, afin de permettre à l'élève de garder et développer le lien avec sa classe, aussi bien élèves qu'enseignants;
- d'aménagements des conditions d'examens, en particulier conservation des notes, et/ou étalement des épreuves: les aménagements des conditions d'examen ont été réfléchis dans ce sens et adaptés à ces problématiques.
L'élaboration d'un dépliant sera étudiée pour présenter ces diverses possibilités et les mettre à disposition des services hospitaliers accueillant les jeunes concernés: pas encore élaboré, sera étudié en même temps que la circulaire relative aux PAI.

N°	Libellé	Responsable de l'action	Jalons terminés	État calculé de l'action
9.3	Sécuriser le parcours des étudiants atteints de cancer dans l'enseignement supérieur.	DGESIP	4 sur 6 (67%)	Retard (plus de 9 mois)

Jalon	Fin prévue le	État du Jalon
Sensibilisation lors des journées nationales de regroupement des missions handicap étudiants	03/04/14	Terminé
Amélioration de l'information sur les possibilités de formation en ligne (MOOC ou formations diplômantes) et augmentation du nom de MOOC (plateforme)	30/06/15	Terminé

Jalon	Fin prévue le	État du Jalon
Inclusion des possibilités d'accompagnement par les structures handicap dans les supports d'information Cancer info	30/06/15	En cours - Retard (plus de 9 mois)
Information des services de médecine préventive universitaire sur la prise en charge des étudiants atteints de cancer via les dispositifs "handicap"	30/06/15	Terminé
Amélioration de l'articulation entre les services de médecine et les structures handicap (mise en place d'un groupe de travail piloté par la DGESIP)	31/12/15	En cours - Retard (plus de 9 mois)
Recensement des actions des services handicap et de médecine préventive pour l'information sur l'accompagnement des étudiants atteints de cancer	31/12/16	Terminé

Le groupe de travail installé par la DGESIP a été mobilisé.
La version d'une charte de collaboration entre les services de médecine et les structures handicap est finalisée mais le texte est "bloqué" suite à sa présentation à l'association des directeurs des services de santé universitaires (ADSSU). Les retours des modifications souhaitées sont attendus. A la suite de ce blocage, le texte d'information pour Cancer info n'est également pas validé, mais la solution envisagée est un traitement indépendant afin de dissocier les deux textes et progresser sur le deuxième.

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

N°	Libellé	Responsable de l'action	Jalons terminés	État calculé de l'action
9.4	Parfaire l'offre de solutions adaptées à chaque situation personnelle des personnes atteintes de cancer.	DGEFP	4 sur 12 (33%)	Retard (de 3 à 9 mois)

Jalon	Fin prévue le	État du Jalon
Identification des acteurs qui portent des dispositifs en faveur du maintien dans l'emploi et susceptibles d'appuyer les personnes atteintes de cancer	01/09/14	Terminé
Améliorer la connaissance des dispositifs mobilisables en faveur du maintien ou du retour à l'emploi des personnes atteintes de cancer	31/12/14	Terminé
Consultation du COMUP pour avis sur la cartographie	30/06/15	Terminé
Livraison d'un "guide" aux personnes atteintes de cancer pour les informer sur les dispositifs qui peuvent être mobilisés	31/12/15	Terminé
Diagnostic des modalités de prise en charge précoce pour le maintien dans l'emploi des personnes atteintes de cancer (dont bilan de l'existant)	30/06/16	En cours - Retard (de 3 à 9 mois)
Etude des améliorations possibles de la prise en charge précoce pour le maintien en emploi (accès à la reconversion, adaptation du poste, horaires...)	31/12/16	En cours - Retard (moins de 3 mois)

Dans le cadre de la mise en oeuvre de la convention nationale multipartite d'objectifs et de moyens pour l'emploi des travailleurs handicapés, les offres de services des différentes institutions intervenant dans le parcours de maintien en emploi des personnes en risque de désinsertion professionnelle en raison de leur état de santé ont été identifiées et mutualisées et des travaux en vue de la production de plusieurs outils sont en cours (réalisation d'une cartographie institutionnelle et élaboration d'un cadre de référence sur le maintien en emploi). Le schéma est désormais partagé par l'ensemble des partenaires du groupe de travail maintien. Chacun a produit des éléments destinés à alimenter le référentiel, les travaux sont lancés pour homogénéiser les écrits et constituer le premier jet de guide. La cartographie a été présentée au Comité des usagers et des professionnels de l'INCa le 15 décembre 2015 pour recueillir l'avis des usagers et professionnels et améliorer l'outil. Les remarques recueillies ont été partagées au sein du groupe. L'ensemble des fiches a été transmis au COMUP fin août 2016. La cartographie a été mise en ligne sur le site du ministère en charge du travail et de l'emploi à la fin du mois de novembre Chacun des partenaires réalisera un renvoi vers le lien depuis son site internet. Il est convenu de déployer un plan de communication plus large de sorte à toucher les professionnels de santé et les associations qui accompagnent les personnes.
Les liens entre le PRITH et le PRST sont par ailleurs en construction.

N°	Libellé	Responsable de l'action	Jalons terminés	État calculé de l'action
9.5	Responsabiliser l'entreprise dans toutes ses composantes sur l'objectif de maintien dans l'emploi ou la réinsertion professionnelle.	DGT	4 sur 8 (50%)	Retard (de 3 à 9 mois)

Jalon	Fin prévue le	État du Jalon
Signature de la convention Anact-CNAMTS-CNAV sur la prévention de l'usure professionnelle et l'emploi durable (expérimentations en entreprises)	01/07/14	Terminé
Elaboration par l'ANACT d'un dispositif de sensibilisation, d'action en entreprise et d'échanges sur "maintien en emploi et cancer"	31/07/15	Terminé

Jalon	Fin prévue le	État du Jalon
Préparation du PST3 et des PRST : GT "Maintien en emploi" et travail avec les DIRECCTE (Intégration de l'articulation avec le Plan cancer)	31/07/15	Terminé
Recensement des acteurs relais vers l'entreprise du maintien en emploi (réseau RH) et auditions d'autres acteurs (Défenseur des droits)	31/12/15	Terminé
Lancement d'un GT DGEFP-DGT sur la faisabilité de l'extension du label "diversité"	31/07/16	En cours - Retard (de 3 à 9 mois)

Le second semestre 2016 a consolidé les expérimentations engagées au 1er semestre. Il a été l'occasion de diversifier et de développer les relations avec les entreprises à partir d'une approche privilégiant les ressources organisationnelles et la prise en charge collective de l'accompagnement des personnes touchées par une MCE. Ces relations se déclinent en 4 niveaux :
- sensibilisation : entreprises présentes à au moins une manifestation organisée ou co-organisée par l'Aract,
- volontariat : entreprises ayant participé à plusieurs reprises à une action collective ou un club d'entreprises mis en place par l'Aract,
- formation : entreprises représentées par une formation organisée ou co-organisée par l'Aract,
- expérimentation : entreprises bénéficiant d'un accompagnement individuel de l'Aract.

L'effort de mobilisation et de sensibilisation des entreprises porte d'ores et déjà ses fruits, mais doit être poursuivi et étendu dans le long terme. Compte tenu que le sujet des maladies chroniques est de plus en plus médiatisé (les actions de l' INCa, de l'Anact et de la DGT y contribuent largement) et les entreprises manifestent leur intérêt pour un premier niveau d'information et de conseil. Elles participent à des opérations de communication mais leur mobilisation pour développer des expérimentations doit être consolidée. L'impact des actions des Aract porte de plus en plus et les entreprises prennent désormais conscience de leur intérêt à participer aux expérimentations qui apportent des réponses à leurs enjeux (allongement de la durée de la vie active, augmentation des inaptitudes, etc.). La mise en oeuvre du PST3 (2016-2020) et du Plan cancer contribueront ainsi, sur l'ensemble de la période de leur mise en oeuvre, à consolider et à diversifier ces expériences et à capitaliser leurs résultats.

S'agissant des autres jalons en cours sur l'année 2016 : le recensement des acteurs relais (ex : réseau RH) a pu être facilité par la mise en place, par l'INCa, du club des entreprises, auquel est associée l'ANDRH. Par ailleurs, la mise en oeuvre de deux jalons ("audition du défenseur des droits" et "lancement d'un GT DGEFP-DGT sur la faisabilité de l'extension du label "diversité"…) a dû être différée du fait de la mobilisation forte inhérente à la mise en oeuvre du PST3 mais aussi des contraintes objectives induites par les travaux d'élaboration de la loi relative au travail, à la modernisation du dialogue social et à la sécurisation des parcours professionnels. Cette loi n'a toutefois pas été étrangère aux enjeux de l'action 9.5 puisque cette loi a renforcé le rôle des services de santé au travail en matière de maintien en emploi. Une réunion avec l'adjoint au défenseur des droits en charge des discriminations est par ailleurs prévue à la fin de l'année 2016, aux fins d'une sensibilisation à la question des discriminations en raison de la santé.

Le jalon consistant dans la "consultation des partenaires sociaux à l'occasion de la renégociation de l'ANI "qualité de vie au travail" sur les sujets liés au maintien en emploi" n'est plus d'actualité . Outre que les partenaires sociaux interprofessionnels n'avaient pas souhaité inscrire ce sujet à leur agenda social de 2016, la négociation sur la qualité de vie au travail est désormais prévue dans le cadre de la loi n° 2015-994 du 17 août 2015 relative au dialogue social et à l'emploi.

N°	Libellé	Responsable de l'action	Jalons terminés	État calculé de l'action
9.6	Progresser dans la coordination territoriale des différents acteurs qui interviennent pour le maintien dans l'emploi ou son accès.	DGEFP	4 sur 12 (33%)	Retard (de 3 à 9 mois)

Jalon	Fin prévue le	État du Jalon
Identifier les actions des SAMETH et les conditions de leur mobilisation en lien avec l'AGEFIPH	30/06/14	Terminé
Réaliser un état des lieux des actions conduites dans une approche pluridisciplinaire du maintien dans l'emploi	31/12/14	Terminé
Inscrire dans les PRITH les démarches concertées de maintien dans l'emploi	30/06/15	Terminé
Repérer les pratiques de territoires ayant mis en œuvre des démarches concertées des acteurs de la désinsertion professionnelle	31/12/15	Terminé
Construire et déployer les expérimentations régionales dédiées à l'optimisation des dispositifs de droit commun	30/06/16	En cours - Retard (de 3 à 9 mois)
Lancer des expérimentations sur 2 ou 3 territoires (sur la base du premier repérage opéré)	31/12/16	En cours - Retard (moins de 3 mois)

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

N°	Libellé	Responsable de l'action	Jalons terminés	État calculé de l'action
9.7	Valoriser le travail réalisé sur le maintien dans l'emploi pour le faire connaître et le développer.	DGT	3 sur 9 (33%)	Retard (de 3 à 9 mois)

Jalon	Fin prévue le	État du Jalon
Mobilisation dans le cadre de la Conférence nationale du handicap	01/10/14	Terminé
Réflexion sur l'inscription dans le PST 3 des Assises nationales dédiées à l'emploi des personnes courant un risque de désinsertion professionnelle	31/03/15	Terminé
Repérage de démarches concertées des acteurs de la désinsertion professionnelle sur l'offre de solutions adaptées à chaque situation personnelle	31/12/15	Terminé
Identification des acteurs pertinents mobilisables	31/07/16	En cours - Retard (de 3 à 9 mois)

La DGT a organisé, le 23 mai 2016, un événement national visant à promouvoir et partager les ambitions du PST3, afin d'assurer la pleine mobilisation de tous autour de la santé au travail. Les intervenants et le public représentant, les uns et les autres, les partenaires sociaux, administrations et responsables d'organismes de prévention ont évoqué, à diverses reprises, la question du maintien en emploi. Le public invité, lui-même constitué d'acteurs de terrain, de préventeurs, membres de CHSCT mais aussi de responsables RH, de représentants de branches professionnelles, d'institutions de prévoyance, a permis d'identifier les acteurs potentiellement mobilisables et, de ce fait, permis de constituer le vivier des futures assises de l'insertion.

Dans le cadre du PST 3, une stratégie de communication et de valorisation des réalisations du PST et des PRST a été mis en place ainsi qu'une démarche de pilotage et de programmation des actions, qui passe notamment par la constitution d'un groupe de travail rassemblant tous les relais et acteurs recensés. De même, le pilotage et l'animation des mises en oeuvre territoriales des actions relatives au maintien en emploi a été lancée: une instruction de la DGT du 19 avril 2016 a précisé les modalités d'élaboration et de mise en oeuvre des PRST, qui seront élaborés au cours de l'année, un délai ayant été accordé pour tenir compte des fusions de régions. Dans ce cadre, un réseau des référents régionaux et une animation et une mutualisation transversales des actions est en cours de déploiement.

Il est à noter, par ailleurs, que le réseau Anact-Aract est régulièrement interpellé par les médias pour faire connaître les possibilités dont disposent les entreprises envisageant d'accompagner les personnes atteintes d'une MCE dans une perspective de maintien en emploi. Le site dédié est régulièrement mis à jour avec des ressources méthodologiques et des supports de communication. L'Anact entre dans son catalogue de formation 2017 une session spécialisée de formation ciblée RRH, IRP et managers. Une journée (13/10/2016) a été organisée par l'Agefiph auprès de ses référents handicap et co-animée avec l'Anact. Enfin, l'étude financée par l'IRES sur le rôle spécifique que peuvent jouer les partenaires sociaux vient de produire ses premiers résultats (dont un argumentaire sur les dispositions ouvertes par la Loi Travail sur la "contribution" des CHSCT sur le maintien en emploi des "personnes handicapées" comprenant les personnes atteintes d'une MCE).

Dans le cadre du PST3, qui a conforté l'ambition de mise en oeuvre des assises du maintien en emploi, s'est réuni en novembre 2016 un groupe de travail qui consacrera notamment ses travaux à l'élaboration de cette manifestation.

Sous objectif : Atténuer les conséquences économiques du cancer

N°	Libellé	Responsable de l'action	Jalons terminés	État calculé de l'action
9.8	Permettre un meilleur accès aux revenus de remplacement en cas d'arrêt maladie.	DSS	3 sur 3 (100%)	Achevée

Le 4 juin 2015, la Direction générale de l'administration et de la fonction publique (DGAFP) a lancé un cycle de concertation sur la santé et la sécurité au travail dans la fonction publique. Le 6 octobre 2015, un groupe de travail a abordé les thématiques relatives aux accidents et maladies professionnels, la maladie, l'invalidité et le handicap. À cette occasion, la question de la modernisation de la gestion des droits à congés pour raison de santé a été abordée notamment pour une meilleure prise en compte des maladies chroniques et évolutives. En fonction des suites de cette concertation à l'horizon du 1er semestre 2016, un cycle de négociation sera éventuellement engagé.

N°	Libellé	Responsable de l'action	Jalons terminés	État calculé de l'action
9.9	Atténuer les surcoûts pour la famille liés à l'accompagnement d'un enfant malade.	CNSA	3 sur 4 (75%)	Retard (de 3 à 9 mois)
	Jalon		**Fin prévue le**	**État du Jalon**
	Démarrage de la formation des futurs formateurs pour l'introduction des éléments spécifiques aux cancers de l'enfant dans les formations à destination		01/12/14	Terminé
	Interventions auprès des coordonnateurs d'EP, des référents d'insertion professionnelle et des correspondants de scolarisation		01/06/15	Terminé
	Finalisation de la formation des futurs formateurs pour l'introduction des éléments spécifiques aux cancers de l'enfant dans les formations à destinat		01/12/15	Terminé
	Outillage des équipes pluridisciplinaires afin de faciliter et d'harmoniser la mise en place des liens avec les services sanitaires		01/06/16	En cours - Retard (de 3 à 9 mois)
	La formation des formateurs à propos de l''allocation d'éducation de l'enfant handicapé (AEEH) a été mise en place en septembre 2015 et celles relatives à la Prestation de compensation du handicap (PCH) l'ont été en septembre et novembre 2015 : lors de ces temps de formation les spécificités des cancers de l'enfant et les conséquences en termes de traitement des dossiers ont été abordées avec ces futurs formateurs afin qu'ils puissent relayer ces éléments aux participants de leurs futures interventions - une intervention a été réalisée en collaboration avec l'INCa (Mme Fournié) auprès du réseau des coordonnateurs d'équipes pluridisciplinaires en septembre 2015 afin de présenter les spécificités des cancers de l'enfant en particulier en termes de répercussions dans les différents aspects de leurs vies et de celles de leur familles - une intervention identique a été réalisée auprès du réseau des référents d'insertion professionnelle, sans la collaboration de l'INCa faute de temps pour en assurer la mise en place, mais à partir des bases transmises par Mme Fournié. les travaux relatifs au dernier jalon devaient être finalisés en juin 2016 mais ont été retardés du fait de l'impossibilité matérielle d'organiser sur le début de l'année 2016 le groupe de travail nécessaire. Une réunion de préfiguration avec les copilotes de l'action a eu lieu le 6 octobre afin de déterminer les modalités de mise en oeuvre de ces travaux. Ils seront débutés en janvier 2017 et s'échelonneront sur le 1er semestre 2017.			

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

N°	Libellé	Responsable de l'action	Jalons terminés	État calculé de l'action
9.11	Accroître la prise en charge des prothèses externes (capillaires et mammaires).	DSS	4 sur 6 (67%)	Retard (plus de 9 mois)
	Jalon		**Fin prévue le**	**État du Jalon**
	Prothèses capillaires : Validation note de cadrage, et appel à candidature groupe de travail		31/12/14	Terminé
	Prothèses mammaires : Publication au JO par le CEPS d'un avis de projet de nomenclature pour la révision des lignes génériques des prothèses mammaires		31/12/14	Terminé

Jalon	Fin prévue le	État du Jalon
Prothèses capillaires : Publication au JO par le CEPS d'un avis de projet de nomenclature pour la révision des lignes génériques des prothèses capilla	30/07/15	En cours - Retard (plus de 9 mois)
Prothèses capillaires : Publication d'un avis de la CNEDIMTS sur la révision des lignes génériques des prothèses capillaires inscrites à la liste des	30/07/15	Terminé
Prothèses capillaires : négociations tarifaires et publications de la nomenclature et avis tarifaires	30/08/15	Non débuté - Retard (plus de 9 mois)
Prothèses mammaires : négociations tarifaires et publications de la nomenclature et avis tarifaires	31/12/15	Terminé

Afin de mieux prendre en charge les conséquences liées au cancer du sein, le remboursement de l'Assurance maladie a été élargi en 2014 en permettant la prise en charge de deux nouveaux actes à visée thérapeutique de symétrisation mammaire et en ouvrant au remboursement l'acte de reconstruction du sein par lambeau cutanéograisseux libre à pédicule perforant de l'abdomen avec anastomoses vasculaires (cet acte a été inscrit à la classification commune des actes médicaux et son tarif sera revalorisé au 1er janvier 2015). Ces prises en charges font suite aux évaluations et avis de la HAS : de juillet 2011 pour le lambeau (DIEP) et de juin 2012 pour la symétrisation.

Pour les prothèses mammaires externes, l'ensemble des jalons prévus ont été réalisés. En effet, l'arrêté du 4 avril 2016 révise les lignes génériques relatives aux prothèses mammaires externes. Le tarif de responsabilité de ces prothèses a ainsi été augmenté de 158% à 244% en fonction du type de prothèse dont relève la patiente, ce qui permet une meilleure prise en charge. Ces tarifs majorés ont par ailleurs été assortis d'un prix limite de vente (PLV), qui permettent quant à eux de limiter le reste à charge des patientes.

S'agissant des prothèses capillaires, l'avis de la Haute Autorité de santé du 24 mars 2015 ouvre la voie à une révision de la nomenclature et des tarifs permettant ainsi d'envisager l'amélioration de leur prise en charge courant 2017.

N°	Libellé	Responsable de l'action	Jalons terminés	État calculé de l'action
9.12	ObJectiver les restes à charge des personnes atteintes de cancer.	CNAMTS	2 sur 3 (67%)	Planning respecté

La CNAMTS a publié une étude sur les restes à charge des personnes en affection longue durée (ALD) pour tumeurs malignes afin d'objectiver les restes à charges en lien avec le cancer et ainsi lutter contre les inégalités devant la maladie.

L'étude avait pour objet de s'interroger notamment sur la part des restes à charge (tickets modérateurs, forfaits journaliers, participations forfaitaires, dépassements d'honoraires) après l'intervention du régime général.

L'étude constate des restes à charge élevés les deux premières années :
1565€ la première année d'un cancer sur 17 617€ de dépenses
931€ la deuxième année sur 15 226€ de dépenses
Des restes à charge stables la 3e année, mais élevés par rapport au groupe comparateur non ALD

S'agissant de la cohorte, elle n'a pas été créée par la CNAMTS car il faut une étude complémentaire sur les restes à charge après la prise en charge par les mutuelles et assurances complémentaires. Ce périmètre sort du champ de la CNAMTS.

Sous objectif : Améliorer l'accès aux assurances et au crédit

N°	Libellé	Responsable de l'action	Jalons terminés	État calculé de l'action
9.13	Instaurer un « droit à l'oubli ».	DSS	5 sur 5 (100%)	Achevée

L'avenant à la convention AERAS signé le 2 septembre 2015 par l'ensemble des parties à la Convention prévoit :
- La mise en place d'un « droit à l'oubli » au sens strict pour les malades du cancer dont le protocole thérapeutique relatif à cette pathologie est achevé depuis 15 ans. La loi de modernisation de notre système de santé ramène ce délai à 10 ans.
- Pour les cancers diagnostiqués avant l'âge 15 ans, dits « cancers pédiatriques », ce délai est ramené à 5 ans. L'âge des cancers dits " pédiatriques" est relevé à 18 ans par la loi de modernisation de notre système de santé.
Dans ces deux cas, aucune information médicale ne pourra être sollicitée par l'assureur et par voie de conséquence, aucune surprime ni exclusion de garantie ne pourra être appliquée au candidat à l'emprunt.
- L'élaboration d'une grille de référence listant des pathologies cancéreuses et des pathologies chroniques pour lesquelles les données de la science permettent d'accéder à l'assurance emprunteur aux conditions standard dans des délais inferieurs à 10 ans sous réserve de déclaration des antécédents de santé. En application de la loi de modernisation de notre système de santé, la grille de référence pourra également prévoir pour certaines pathologies, en fonction des progrès thérapeutiques, des données de la science et du progrès médical, des délais de « droit à l'oubli » stricto sensu, c'est-à-dire sans déclaration des antécédents de santé.

La première grille de référence a été publiée le 4 février 2016 et recense six pathologies (cancer du col de l'utérus, cancer du sein, cancer de la thyroïde, cancer du testicule, mélanome de la peau et hépatite C).
L'avenant du 2 septembre 2015 va être mis à jour dans les prochains mois afin d'intégrer les modalités et délais prévus par la loi n°2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé.

N°	Libellé	Responsable de l'action	Jalons terminés	État calculé de l'action
9.14	Harmoniser les questionnaires de santé par pathologie.	DSS	0 sur 1 (0%)	Retard (de 3 à 9 mois)
	Jalon		**Fin prévue le**	**État du Jalon**
	Mise en place d'un groupe de travail dédié à l'harmonisation des questionnaires de santé, pour faire suite aux propositions du groupe "droit à l'oubli		30/06/16	En cours - Retard (de 3 à 9 mois)

Les travaux de collecte des différents questionnaires de santé par pathologie sont désormais achevés. Le groupe de travail doit se réunir début 2017 afin d'entamer les travaux d'harmonisation.

Par ailleurs, la loi de modernisation de notre système de santé prévoit qu'un décret précise les conditions d'information des candidats à l'assurance sur le dispositif du « droit à l'oubli ». Un décret en cours de publication obligera les organismes assureurs à délivrer systématiquement un document standardisé d'information sur le « droit à l'oubli » simultanément aux questionnaires de santé. Ce document permettra à l'ensemble des candidats à l'assurance emprunteur de connaitre leur droit en la matière.

N°	Libellé	Responsable de l'action	Jalons terminés	État calculé de l'action
9.15	Clarifier le rôle des médecins traitants et développer l'accompagnement des candidats à l'emprunt pour le remplissage des questionnaires de santé.	DSS	3 sur 3 (100%)	Achevée

La commission de Médiation AERAS a reçu la contribution du Conseil national de l'Ordre des médecins, sous la forme d'une circulaire actualisée sur la base des travaux menés dans le cadre du groupe de travail. Cette circulaire est désormais finalisée et diffusée.

N°	Libellé	Responsable de l'action	Jalons terminés	État calculé de l'action
9.16	Suivre l'évolution de l'impact de la convention AERAS sur la durée du Plan.	DSS	2 sur 6 (33%)	Retard (moins de 3 mois)
	Jalon		**Fin prévue le**	**État du Jalon**
	Recueil 2014 des indicateurs statistiques permettant de suivre le fonctionnement de la convention		31/12/14	Terminé
	Recueil 2015 des indicateurs statistiques permettant de suivre le fonctionnement de la convention		31/12/15	Terminé
	Recueil 2016 des indicateurs statistiques permettant de suivre le fonctionnement de la convention		31/12/16	Non débuté - Retard (moins de 3 mois)

Les statistiques 2015 ont été transmises et sont en cours de traitement par le secrétariat de la commission de suivi et de propositions AERAS. Elles contribueront au rapport d'activité de la commission AERAS, qui sera présenté dans les prochains mois.

Au cours de l'année 2015, les sociétés d'assurances ont instruit 3,9 millions de demandes d'assurance de prêts au titre des crédits immobiliers et professionnels.
- 83,1 % des demandes ne présentaient pas de risque aggravé de santé et une proposition d'assurance a pu être faite aux conditions standard du contrat ;
- 14,9 % des demandes présentaient un risque aggravé de santé (proportion supérieure de 0,7 point à celle observée en 2014), soit 586 900 demandes.

La répartition des niveaux de surprimes pour la garantie décès est proche de celle de 2014 : les surprimes sont, dans 47 % des cas, inférieures à + 50 % du tarif standard (45 % en 2014) et dans 80 % des cas elles sont inférieures à + 100 % du tarif standard (idem en 2014).
Concernant les surprimes sur les garanties "incapacité-invalidité", la répartition est également proche de celle de 2014 : 65 % des surprimes sont inférieures à + 50 % du tarif standard (69 % en 2014) et dans 90 % des cas inférieures à + 100 % du tarif standard (91 % en 2014).

Sous objectif : Mieux connaître le vécu des patients pendant et après un cancer

N°	Libellé	Responsable de l'action	Jalons terminés	État calculé de l'action
9.17	Conforter et coordonner les dispositifs d'observation et de recherche sur la vie pendant et après le cancer.	INCa	17 sur 20 (85%)	Planning respecté

Les travaux se poursuivent selon le calendrier annoncé. Concernant VICAN5, l'enquête en population est terminée et l'enquête médicale s'achève. Plus de 4000 personnes ont été interrogées. Une réunion du conseil scientifique a eu lieu en octobre 2016.
Les données définitives de l'enquête seront disponibles en 2018.

N°	Libellé	Responsable de l'action	Jalons terminés	État calculé de l'action
9.18	Étudier les trajectoires des personnes atteintes de cancer à travers les bases de données publiques et les cohortes en population.	INCa	2 sur 10 (20%)	Retard (plus de 9 mois)

Jalon	Fin prévue le	État du Jalon
Conventionnement INCa - CNAMTS en lien avec l'IDS et acquisition des données 2010-2012	31/10/14	Terminé
Constitution d'un comité de pilotage des données de la Cohorte cancer	30/06/15	Terminé
Etude de faisabilité sur la possiblité de croiser les données sur le parcours professionnel (données la CNAV) et celles de la cohorte cancer	30/12/15	Non débuté - Retard (plus de 9 mois)
Rapport sur la faisbilité d'un rapprochement des données de la cohorte cancer avec le futur environnement sur les données médico-administratives	30/06/16	En cours - Retard (de 3 à 9 mois)
Rapport sur la faisabilité d'ouverture des données de la cohorte cancer aux équipes de recherche	30/12/16	En cours - Retard (moins de 3 mois)

La constitution de la cohorte cancer se poursuit en collaboration étroite avec la CNAMTS avec l'intégration effective des données relatives aux années 2010-2014 et les premiers tests de cohérence. Les comités stratégiques et techniques se sont réunis respectivement les 14 novembre 2016 et 24 mai 2016. Les travaux relatifs à l'ouverture des données à des chercheurs et au croisement de données avec d'autres sources ont été décalés du fait de la complexité pour la mise en place de la base de donnée et des évolutions induits par la Loi de santé. Un certain nombre de décrets pouvant impacter les développement sont en cours de publication.

III. INVESTIR DANS LA PRÉVENTION ET LA RECHERCHE

O 10 : LE PROGRAMME NATIONAL DE RÉDUCTION DU TABAGISME

Sous objectif : Protéger les jeunes et éviter l'entrée dans le tabac / 1. Rendre les produits du tabac moins attractifs

N°	Libellé	Responsable de l'action	Jalons terminés	État calculé de l'action
10.1	Mettre en place le paquet neutre standardisé pour les cigarettes et le tabac à rouler.	DGS	5 sur 8 (63%)	Planning respecté
	Au 1er janvier 2017, les buralistes ne peuvent vendre que des paquets et tabac à rouler neutre. La vente des anciens produits est autorisée jusqu'au 31 décembre 2016.			

N°	Libellé	Responsable de l'action	Jalons terminés	État calculé de l'action
10.2	Renouveler, agrandir et repositionner les avertissements sanitaires (65% de la surface, placés en haut, nouveaux textes et images) des conditionnements des cigarettes et de tabac à rouler, conformément à la directive 2014/40/UE.	DGS	3 sur 3 (100%)	Achevée
	La mise en œuvre de l'action passe par les travaux de transposition de la directive en cours.			

N°	Libellé	Responsable de l'action	Jalons terminés	État calculé de l'action
10.3	Interdire la publicité pour le tabac dans les lieux de vente.	DGS	1 sur 1 (100%)	Achevée

N°	Libellé	Responsable de l'action	Jalons terminés	État calculé de l'action
10.4	Interdire les arômes perceptibles dans les produits du tabac, conformément à la directive 2014/40/UE.	DGS	3 sur 4 (75%)	Planning respecté
	S'agissant du contentieux, le rapport du procureur a été rendu public le 23 décembre.			

Sous objectif : Protéger les jeunes et éviter l'entrée dans le tabac / 2. Renforcer le respect de l'interdiction de fumer dans les lieux collectifs et étendre les lieux où il est interdit de fumer

N°	Libellé	Responsable de l'action	Jalons terminés	État calculé de l'action
10.5	Interdire de fumer dans un véhicule en présence de mineurs de moins de 12 ans .	DGS	1 sur 2 (50%)	Planning respecté
	La mesure est inscrite dans la LMSS, et s'appliquera aux mineurs de moins de 18 ans.			

N°	Libellé	Responsable de l'action	Jalons terminés	État calculé de l'action
10.6	Interdire de fumer dans les espaces publics de jeux dédiés aux enfants .	DGS	1 sur 2 (50%)	Planning respecté
	Un travail d'information et de contrôle est à mener avec la DGCCRF.			

N°	Libellé	Responsable de l'action	Jalons terminés	État calculé de l'action
10.7	Habiliter les polices municipales à contrôler l'interdiction de fumer dans les lieux publics.	DGS	1 sur 2 (50%)	Planning respecté

Sous objectif : Protéger les jeunes et éviter l'entrée dans le tabac / 3. Encadrer les dispositifs électroniques de vapotage

N°	Libellé	Responsable de l'action	Jalons terminés	État calculé de l'action
10.8	Interdire le vapotage dans certains lieux collectifs .	DGS	2 sur 2 (100%)	Achevée
	La constitutionnalité de la mesure est examinée par le Conseil Constitutionnel depuis janvier 2016.			

N°	Libellé	Responsable de l'action	Jalons terminés	État calculé de l'action
10.9	Restreindre la publicité en faveur des dispositifs électroniques de vapotage : rappeler les modalités possibles de publicité dans une circulaire puis interdire la publicité pour ces produits et les liquides associés.	DGS	2 sur 3 (67%)	Retard (moins de 3 mois)
	Jalon		**Fin prévue le**	**État du Jalon**
	Aticle adopté / entrée en vigueur		31/01/16	Terminé
	Entree en vigueur		20/05/16	Terminé
	Modification de l'article adopté dans la Loi de santé		31/12/16	En cours - Retard (moins de 3 mois)
	La circulaire a été publiée à l'été 2014.			

Sous objectif : Protéger les jeunes et éviter l'entrée dans le tabac / 4. Améliorer le respect de l'interdiction de vente aux mineurs

N°	Libellé	Responsable de l'action	Jalons terminés	État calculé de l'action
10.10	Habiliter les polices municipales à contrôler l'interdiction de vente aux mineurs.	DGS	2 sur 3 (67%)	Planning respecté

Sous objectif : Aider les fumeurs à s'arrêter / 1. Développer une information plus efficace en direction des fumeurs

N°	Libellé	Responsable de l'action	Jalons terminés	État calculé de l'action
10.11	Montrer les méfaits du tabac par une augmentation de la communication en direction des fumeurs.	DGS	4 sur 5 (80%)	Retard (moins de 3 mois)
	Jalon		**Fin prévue le**	**État du Jalon**
	Campagne janvier/ février 2015		28/02/15	Terminé
	Campagne mai/ juin 2015		30/06/15	Terminé
	Campagne septembre / octobre - novembre 2015		31/12/15	Terminé
	Articulation entre communication nationale et communication regionale		31/12/16	En cours - Retard (moins de 3 mois)
	Campagne en 2016 (juin)		31/12/16	Terminé

N°	Libellé	Responsable de l'action	Jalons terminés	État calculé de l'action
10.12	Mettre en place un pictogramme « grossesse sans tabac » sur les contenants de produits du tabac.	DGS	5 sur 5 (100%)	Achevée

N°	Libellé	Responsable de l'action	Jalons terminés	État calculé de l'action
10.13	Promouvoir auprès des professionnels et du grand public le numéro d'appel unique « 39 89 » et le site tabac-info-service.	DGS	5 sur 7 (71%)	Planning respecté
	Campagne "Moi(s) sans tabac' de septembre à novembre 2016.			

N°	Libellé	Responsable de l'action	Jalons terminés	État calculé de l'action
10.14	Développer le «e-coaching » (outils réalisés en lien avec l'Institut national de prévention et d'éducation pour la santé et la caisse nationale d'Assurance maladie des travailleurs salariés).	DGS	2 sur 2 (100%)	Achevée
	L'application d' e-coaching a été opérationelle pour la mise en place du dispositif Moi(s) sans tabac en 2016. L'objectif du e-coaching est d'accompagner par internet (application smartphone + site web) de manière personnalisée les fumeurs dans leur processus d'abandon du tabac. L'application est intégrée à Moi(s) sans tabac, avec des contenus spécifiques durant la campagne.			

Sous objectif : Aider les fumeurs à s'arrêter / 2. Impliquer davantage les professionnels de santé et mobiliser les acteurs de proximité dans l'aide à l'arrêt du tabac

N°	Libellé	Responsable de l'action	Jalons terminés	État calculé de l'action
10.15	Impliquer davantage les médecins généralistes dans la lutte contre le tabagisme, en incluant un indicateur dédié dans la rémunération sur objectif de santé publique.	DGS	3 sur 3 (100%)	Achevée
	La convention médecin - Cnamts a été signée en août 2016 et contient un indicateur "tabac".			

N°	Libellé	Responsable de l'action	Jalons terminés	État calculé de l'action
10.16	Développer une offre de proximité gratuite d'accompagnement à l'arrêt du tabac par la mobilisation des 430 centres de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie (CSAPA), de leurs 250 consultations jeunes consommateurs (CJC) et des 112 centres d'examen de santé de l'Assurance maladie.	DGS	3 sur 3 (100%)	Achevée
	Pérennisation des crédits pour 2017 sur ONDAM			

Sous objectif : Aider les fumeurs à s'arrêter / 3. Améliorer l'accès aux traitements d'aide au sevrage du tabac

N°	Libellé	Responsable de l'action	Jalons terminés	État calculé de l'action
10.17	Améliorer le remboursement du sevrage du tabagique par le triplement du montant du forfait pour les publics prioritaires : jeunes de 20 à 30 ans, bénéficiaires de la CMU-C, personnes souffrant d'un cancer.	DGS	5 sur 5 (100%)	Achevée
	Evolution du forfait au 1er novembre 2017 : passage à 150 euros par an pour tous les usagers.			

N°	Libellé	Responsable de l'action	Jalons terminés	État calculé de l'action
10.18	Élargir l'éventail des professionnels pouvant intervenir dans la prise en charge de l'arrêt du tabac : médecins des services de prévention (santé au travail, etc.), infirmiers, sages femmes (autorisation pour les sages femmes de prescrire des substituts nicotiniques à l'entourage fumeur de femmes enceintes).	DGS	4 sur 5 (80%)	Planning respecté

Sous objectif : Aider les fumeurs à s'arrêter / 4. Rendre exemplaires les ministères sociaux, notamment le ministère des affaires sociales, de la santé et des droits des femmes

N°	Libellé	Responsable de l'action	Jalons terminés	État calculé de l'action
10.19	Aménager les espaces fumeurs du ministère de manière à valoriser les espaces non fumeurs.	DGS	3 sur 3 (100%)	Achevée

N°	Libellé	Responsable de l'action	Jalons terminés	État calculé de l'action
10.20	Développer l'aide au sevrage du tabac des personnels du ministère.	DGS	1 sur 1 (100%)	Achevée

Sous objectif : Agir sur l'économie du tabac / 1. Lutter contre le commerce illicite pour rendre plus efficace une politique fiscale du tabac au service de la santé publique

N°	Libellé	Responsable de l'action	Jalons terminés	État calculé de l'action
10.21	Élaborer un plan interministériel de lutte contre le commerce illicite de tabac.	DGS	5 sur 7 (71%)	Retard (moins de 3 mois)
	Jalon		**Fin prévue le**	**État du Jalon**
	Saisine MILDECA		31/10/14	Terminé
	Lancement Réunions groupe de travail		05/05/15	Terminé
	Interdication achats à distance / PLFR 2015		31/12/15	Terminé
	Ratification du protocle OMS CCLAT		31/12/15	Terminé
	Article sur la traçabilité des produits du tabac et le renforcement des sanctions en cas de contrebande		31/12/16	Terminé
	Conclusions réunions groupe de travail		31/12/16	En cours - Retard (moins de 3 mois)
	Groupe de travail interministériel réuni par la MILDECA		31/12/16	En cours - Retard (moins de 3 mois)
	En 2012, les Parties de la CCLAT adoptaient le Protocole pour éliminer le commerce illicite des produits du tabac. À ce jour, 37 Parties représentant les six régions de l'OMS ont signé.			

Sous objectif : Agir sur l'économie du tabac / 2. Lutter contre l'ingérence de l'industrie du tabac dans les politiques publiques

N°	Libellé	Responsable de l'action	Jalons terminés	État calculé de l'action
10.22	Étudier la mise en place d'un site dédié à la transparence des activités de l'industrie du tabac sur le modèle de celui conçu pour l'industrie pharmaceutique.	DGS	1 sur 4 (25%)	Retard (moins de 3 mois)
	Jalon		**Fin prévue le**	**État du Jalon**
	article debattu au parlement		31/12/15	Terminé
	Decret CE d'application		31/12/16	En cours - Retard (moins de 3 mois)
	Décret transparence tabac en cours d'examen au CE, en novembre 2016			

Sous objectif : Agir sur l'économie du tabac / 3. Accroître les moyens dédiés à la lutte contre le tabac

N°	Libellé	Responsable de l'action	Jalons terminés	État calculé de l'action
10.23	Créer un fonds dédié à la lutte contre le tabac et accroître les moyens dédiés à cette lutte.	DGS	2 sur 3 (67%)	Retard (moins de 3 mois)
	Jalon		**Fin prévue le**	**État du Jalon**
	Echanges DGS/DSS		31/12/15	Terminé
	Article débattu au parlement		31/01/16	Terminé
	Création d'un comité de gestion		31/12/16	En cours - Retard (moins de 3 mois)
	DCE en attente de signature. Entrée en vigueur du fonds au 1er janvier 2017.			

N°	Libellé	Responsable de l'action	Jalons terminés	État calculé de l'action
10.24	Mettre à contribution l'industrie du tabac pour financer ce fonds.	DGS	1 sur 3 (33%)	Retard (moins de 3 mois)
	Jalon		**Fin prévue le**	**État du Jalon**
	Article débattu au parlement		31/12/15	Terminé
	Creation d'une redevance pour la surveillance du marché des produits du tabac		31/12/16	En cours - Retard (moins de 3 mois)
	Fiche PLFSS		31/12/16	En cours - Retard (moins de 3 mois)

O 11 : DONNER À CHACUN LES MOYENS DE RÉDUIRE SON RISQUE DE CANCER

Sous objectif : Diminuer le nombre de cancers liés à l'alcool

N°	Libellé	Responsable de l'action	Jalons terminés	État calculé de l'action
11.1	Améliorer le respect des mesures d'encadrement de l'offre de l'alcool.	DGS	2 sur 2 (100%)	Achevée

Rédaction d'un rapport remis au Premier Ministre avec propositions (MILDECA) : une note a été adressée au PM le 22 mars 2016.
Pour cette action, nous avons signalé des points d'attention car des réformes vont à l'encontre de l'objectif :
Ordonnance débits de boissons : pilotage du Secrétariat général pour la modernisation de l'action publique (SGMAP) sous un angle économique et simplification, le rôle prévention de l'encadrement de l'offre n'a pas été priorisé. Publicité : adoption de l'article sur l'assouplissement de la loi Evin dans la loi de santé (article 13).
Cela va a l'encontre des objectifs du Plan cancer et plan gouvernemental drogues et conduites addictives.

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

N°	Libellé	Responsable de l'action	Jalons terminés	État calculé de l'action
11.2	Aider les personnes à l'arrêt de la consommation excessive d'alcool.	DGS	3 sur 4 (75%)	Retard (plus de 9 mois)

Jalon	Fin prévue le	État du Jalon
Outil pratique visant à aider les professionnels de santé sur le RPIB alcool, tabac, cannabis (HAS)	31/12/14	Terminé
Optimisation de l'alcoomètre en ligne (Inpes-ADALIS)	30/06/15	En cours - Retard (plus de 9 mois)
Promotion de l'annuaire vers les professionnels : phoning,mailing…(Inpes-ADALIS)	31/12/15	Terminé
Promotion du site Alcool-info service vers le grand public : affiches, kit web, référencement payant	31/12/15	Terminé

L'ANSP a pris la décision de remettre ce projet à 2017

N°	Libellé	Responsable de l'action	Jalons terminés	État calculé de l'action
11.3	Améliorer les connaissances sur les liens entre alcool et cancer.	INCa	3 sur 5 (60%)	Planning respecté

La DGS et la MILDECA vont saisi en juin 2016 l'ANSP et l'INCa pour travailler sur des nouveaux repères de consommation alcool.
La réponse est attendue pour début février 2017

N°	Libellé	Responsable de l'action	Jalons terminés	État calculé de l'action
11.4	Expérimenter et conduire des actions de prévention de la consommation excessive d'alcool.	DGS	3 sur 4 (75%)	Retard (moins de 3 mois)

Jalon	Fin prévue le	État du Jalon
Actualisation et diffusion d'un outil d'information sur l'alcool à destination du grand public (Inpes)	31/12/15	Terminé
Actualisation et diffusion d'un outil d'intervention sur l'alcool à destination des médecins	31/12/15	Terminé
Diagnostic sur les approches ayant démontré leur efficacité	31/12/15	Terminé
Elaboration d'une information sur l'alcool en " accès universel" (Inpes)	31/12/16	En cours - Retard (moins de 3 mois)

Le démarrage du travail d'élaboration d'une information en "accès universel" est programmé pour 2017. L'outil devrait être disponible en 2018.

Sous objectif : Réduire le risque de cancer par l'alimentation et l'activité physique

N°	Libellé	Responsable de l'action	Jalons terminés	État calculé de l'action
11.5	Faciliter les choix alimentaires favorables à la santé.	DGS	0 sur 9 (0%)	Retard (plus de 9 mois)
	Jalon		**Fin prévue le**	**État du Jalon**
	Transmission des repères nutritionnels du PNNS actualisés par l'Anses		31/12/15	En cours - Retard (plus de 9 mois)
	Action de communication annuelle alimentation et /ou activité physique en fonction des orientations suite au PNNS3 (Inpes sous réserve)		30/06/16	Non débuté - Retard (de 3 à 9 mois)
	Révision des messages sanitaires (Inpes sous réserve)		30/06/16	Non débuté - Retard (de 3 à 9 mois)
	Action de communication annuelle alimentation et /ou activité physique en fonction des orientations suite au PNNS3		31/12/16	Non débuté - Retard (moins de 3 mois)
	Publication par arrêté des nouveaux messages sanitaires prévus par la loi du 9 août 2004 sur les publicités pour les aliments manufacturés (DGS)		31/12/16	Non débuté - Retard (moins de 3 mois)
	L'Anses a indiqué le 18/10/16 que l'avis relatif à la révision des repères relatifs à l'alimentation serait publié en janvier 2017 (saisine de la DGS datant de 2012). Ce rapport est la base indispensable des autres actions. Le rapport d'expertise collective et l'avis relatifs à la révision des repères relatifs à l'activité physique et à la sédentarité du PNNS ont été publiés en février 2016.			

N°	Libellé	Responsable de l'action	Jalons terminés	État calculé de l'action
11.6	Développer l'éducation et la promotion de la nutrition et de la pratique physique.	Santé Publique France	4 sur 8 (50%)	Retard (plus de 9 mois)
	Jalon		**Fin prévue le**	**État du Jalon**
	Action de promotion de la Fabrique à menu auprès des professionnels de santé. Diffusion d'un publirédactionnel et démonstration sur les congrès -		30/06/14	Terminé
	Création d'un Comité de pilotage avec les partenaires de l'action		30/10/14	Terminé
	Repérage des sources de données d'actions d'éducation et de promotion de la santé dès la maternelle jusqu'à l'université		30/12/14	Terminé
	Action de communication grand public autour de l'activité physique		31/12/15	En cours - Retard (plus de 9 mois)
	Identification des actions à mener pour développer l'éducation et la promotion de l'alimentation et de l'activité physique pour les jeunes de 3-25 ans		31/12/15	Terminé
	Action de communication annuelle sur alimentation et/ou activité physique : selon orientations PNNS 3 (sous réserve ressources du nouvel Institut)		31/12/16	En cours - Retard (moins de 3 mois)
	Analyse et synthèse des actions repérées lors du recensement en 2015 pour développer l'éducation et la promotion de l'alimentation et de l'activité physique pour les jeunes de 3-25 ans		31/12/16	En cours - Retard (moins de 3 mois)
	En 2016, l'animation et la promotion du site mangerbouger.fr sont réalisées de façon régulière.			

N°	Libellé	Responsable de l'action	Jalons terminés	État calculé de l'action
11.7	Faciliter pour tous et à tout âge la pratique de l'activité physique au quotidien.	DGS	8 sur 11 (73%)	Retard (moins de 3 mois)
	Jalon		**Fin prévue le**	**État du Jalon**

Jalon	Fin prévue le	État du Jalon
Adoption de la loi ALUR intégrant plusieurs dispositions en faveur du développement des mobilités actives, dans le code de l'urbanisme	30/06/14	Terminé
Guide "Pour un urbanisme favorable à la santé" (pour ARS, élus, urbanistes) intégrant des recommandations pour les mobilités actives (DGS-EHESP)	16/09/14	Terminé
Lancement expérimentation du versement de l'indemnité kilométrique aux salariés se déplaçant à vélo entre le domicile et le travail (PAMA)	30/11/14	Terminé
Evaluation de l'expérimentation sur l'indemnité kilométrique : PAMA (DGITM)	30/06/15	Terminé
Mise à jour du repère relatif à l'activité physique (ANSES)	31/12/15	Terminé
Promouvoir les mobilités actives et intégration de la trame verte à l'échelle communale (DHUP)	31/12/15	Terminé
Séminaire de valorisation des actions transports du PNSE3	13/06/16	Terminé
Lancement des outils pédagogiques "Mouv&co" (promotion de l'activité physique et des mobilités actives auprès des élèves d'école primaire et du collège)	31/12/16	Terminé
Lancement nouvelle campagne nationale sur l'activité physique (DGS-Inpes)	31/12/16	Non débuté - Retard (moins de 3 mois)

Un référentiel "Agir pour un urbanisme favorable à la santé" a été publié en 2014, par la DGS et l'EHESP, pour aider les ARS à formuler leurs avis sanitaires sur les projets d'urbanisme (de type Zone d'action concertée); dans ce cadre, les aménagements favorisant les mobilités actives sont particulièrement encouragés. Adoption le 24 mars 2014 de la loi pour l'accès au logement et un urbanisme rénové (ALUR) intégrant plusieurs dispositions favorables au développement des mobilités actives.
Dans le cadre du jalon "Promouvoir les mobilités actives et intégration de la trame verte à l'échelle communale (DHUP)", diverses actions ont été menées dernièrement dont un séminaire sur le thème « Plan local d'urbanisme intercommunal (PLUi) et déplacements » le 9 avril 2015 à Paris (MEDDE/CEREMA/CNFPT). Des fiches méthodologiques sur trame verte et bleue ont été finalisées en 2015.

Sous objectif : Maîtriser le risque de cancers liés aux hépatites virales

N°	Libellé	Responsable de l'action	Jalons terminés	État calculé de l'action
11.8	Améliorer la couverture vaccinale anti-VHB en informant la population et les professionnels de santé sur le ratio bénéfice/risque de la vaccination.	DGS	3 sur 4 (75%)	Retard (plus de 9 mois)

Jalon	Fin prévue le	État du Jalon
Diffusion aux professionnels de santé des documents sur la vaccination contre l'hépatite B et documents d'information pour le grand public (Inpes)	30/06/14	Terminé
Diffusion aux professionnels de santé de documents d'information sur le calendrier des vaccinations 2014 et outils sur les vaccinations dont le VHB	15/09/14	Terminé
Publication du décret permettant l'utilisation du dossier pharmaceutique pour le suivi du statut vaccinal des personnes (DGS)	30/03/15	Terminé
Réflexion sur les missions des centres de vaccination et le soutien / développement des actions "hors les murs" de ces centres par les ARS	31/12/15	En cours - Retard (plus de 9 mois)

Les Centres gratuits d'information, de dépistage et de diagnostic (CeGIDD) des infections par les virus de l'immunodéficience humaine, des hépatites virales et des infections sexuellement transmissibles se mettent en place depuis le 1er janvier 2016 . Les CeGIDD peuvent réaliser la vaccination contre les virus de l'hépatite B, de l'hépatite A (hors indications pour les voyageurs) et du papillomavirus selon les recommandations du calendrier vaccinal, et le cas échéant les vaccinations recommandées par les autorités sanitaires pour des publics cibles. Une note d' information aux ARS a été adressée par le DGS le 19 septembre, relative à l'habilitation des structures réalisant des vaccinations gratuites en application des articles L. 3111-11 et L. 3112-3 du code de la santé publique.

N°	Libellé	Responsable de l'action	Jalons terminés	État calculé de l'action
11.9	Sensibiliser les professionnels de santé à l'intérêt pour leurs patients infectés par le VHB ou le VHC de contrôler leur consommation d'alcool, de tabac et leur poids afin de réduire le risque de cancer du foie.	INCa	0 sur 3 (0%)	Retard (plus de 9 mois)

Jalon	Fin prévue le	État du Jalon

Jalon	Fin prévue le	État du Jalon
Réunion DGS, INCa et INPES pour définir la stratégie de sensibilisation des professionnels de santé (prévention, dépistage)	31/03/16	En cours - Retard (plus de 9 mois)
Démarrage de la conception des supports de communication relatifs à la prévention du cancer du foie chez les personnes infectées par le VHC ou le VHC	30/06/16	En cours - Retard (de 3 à 9 mois)

Cette action s'attachera à sensibiliser les professionnels de santé aux différentes actions à mettre en œuvre pour réduire les risques de cancer du foie dans la population infectée par les virus VHB ou VHC.
C'est-à-dire qu'au-delà de ce qui est inscrit dans le titre de l'action (sensibilisation au contrôle des consommations d'alcool, de tabac et au surpoids), il sera également question de rappeler l'importance du suivi par échographie pour un dépistage précoce des cancers du foie.

Une première réunion regroupant les institutions (DGS, ANSP, HAS, DGOS, CNAMTS notamment) et les parties prenantes (professionnels de santé, société savantes, associations) sera programmée au 1er trimestre 2017 suivie de la conception des outils pour le second semestre 2017.

Cette action est en retard par rapport à ce qui été prévu initialement (document élaboré en 2016). Il se justifie notamment par la réflexion menée à partir des nouvelles données montrant la méconnaissance par les médecins non spécialistes des recommandations de dépistages par échographie du cancer du foie chez les patients atteints de cirrhose. Informer les médecins généralistes sur l'application de cette surveillance auprès de l'ensemble de leurs patients atteints de cirrhose est nécessaire.
Cette réflexion devra être menée dans le cadre de la réalisation des documents d'information prévues initialement.

N°	Libellé	Responsable de l'action	Jalons terminés	État calculé de l'action
11.10	Développer le dépistage des personnes exposées au risque d'hépatite B et C pour favoriser l'accès à la prise en charge.	DGS	5 sur 9 (56%)	Retard (plus de 9 mois)

Jalon	Fin prévue le	État du Jalon
Rapport de la HAS sur la place des tests rapides d'orientation diagnostique (TROD) dans la stratégie de dépistage de l'hépatite C (HAS)	01/05/14	Terminé
Réglementation pour les TROD communautaires hépatite C (DGS)	31/12/14	Terminé
Lancement AAP pour diffusion TROD communautaires hépatite C (DGS)	31/03/15	Terminé
Rapport de la HAS sur la place des tests rapides d'orientation diagnostique (TROD) dans la stratégie de dépistage de l'hépatite B (HAS)	31/03/15	Terminé
Diffusion d'outils sur le dépistage de l'hépatite B aux médecins généralistes et autres professionnels concernés (Inpes)	31/05/15	Non débuté - Retard (plus de 9 mois)
Lancement AAP pour diffusion TROD communautaires hépatite B (DGS)	31/12/15	Non débuté - Retard (plus de 9 mois)
Réglementation pour les TROD communautaires hépatite B (DGS)	31/12/15	Non débuté - Retard (plus de 9 mois)
Campagne d'information et diffusion d'outils sur le dépistage de l'hépatite B auprès des populations concernées (Inpes)	30/06/16	Non débuté - Retard (de 3 à 9 mois)
Rapport de la HAS sur la place des tests rapides d'orientation diagnostique (TROD) dans la stratégie de dépistage de l'hépatite B (HAS)	31/12/16	Terminé

Suivant les recommandations de la Haute Autorité de santé et du Conseil national du sida et des hépatites virales (CNS), le ministère des Affaires sociales et de la Santé poursuit son engagement en faveur de nouvelle stratégie de dépistage de l'infection à VIH et VHC, afin de dépister plus précocement les personnes infectées, en complément du dépistage par sérologie.

L'objectif est de dépister des personnes exposées au risque de VIH et hépatite C mais qui ne viennent pas dans le système classique de prévention et dépistage. Il s'agit d'aller vers ces populations dans une démarche communautaire.
Le ministère des Affaires sociales et de la Santé lance le 1er septembre 2016 un appel à projets visant à soutenir l'activité de dépistage rapide par TROD VIH et TROD VHC et par autotests VIH réalisée par les associations au plus près des populations les plus exposées au risque.
Cet appel à projets a pour objectif de soutenir financièrement l'offre de dépistage communautaire du VIH et/ou VHC assurée par des associations impliquées dans la prévention sanitaire ou la réduction des risques et des dommages associés à la consommation de substances psychotropes.
Il s'adresse aux associations qui participent déjà au dispositif de dépistage communautaire par TROD VIH mais aussi à de nouvelles associations habilitées qui souhaitent rejoindre le dispositif, que ce soit pour réaliser des dépistages par TROD VIH et/ou par TROD VHC. L'appel à projet permet en outre d'accompagner financièrement les associations volontaires pour la délivrance d'autotests de VIH.

Sous objectif : Éclairer les choix individuels et collectifs pour permettre d'adapter les comportements face au cancer

N°	Libellé	Responsable de l'action	Jalons terminés	État calculé de l'action
11.11	Développer l'éducation à la santé en milieu scolaire.	DGESCO	3 sur 3 (100%)	Achevée

Développement de l'éducation à la santé prévu dans le cadre d'un parcours de santé de l'élève crée par la loi pour la refondation de l'Ecole du 8 juillet 2013. La référence à la circulaire n° 2016-008 du 28-1-2016 qui définit les modalités de mise en oeuvre du parcours éducatif de santé est inscrite dans la circulaire de rentrée 2016. Un séminaire, à destination des personnels d'encadrement des académies, a été organisé le 31 mai 2016 à Paris, afin d'aborder les enjeux de la mise en oeuvre du parcours éducatif de santé et d'identifier des pistes de déploiements à adapter dans les teriitoires éducatifs s à la rentrée de septembre 2016. Un guide d'accompagnement actuellement élaboré par le comité de pilotage national sur le parcours éducatif de santé a été diffusé aux équipes éducatives et pédagogiques en octobre 2016 afin d'aider à la mise en oeuvre de ce parcours. Des pages dédiées sur le site Eduscol ont été créées. La diffusion de l'information sur le parcours éducatif de santé se poursuit en 2016-2017 dans les académies (exemple : séminaire sur le sujet dans l'académie d'Amiens le 16 novembre 2016) et auprès des partenaires (exemple : présentation du parcours éducatif de santé aux représentants des ARS le 29 septembre 2016). Un parcours de formation, développé par le réseau des universités pour l'éducation à la santé (UNIRéS), est à la disposition des professeurs des écoles sur la plateforme M@gistère. Un parcours en ligne d'information/formation à destination des chefs d'établissement est en cours d'élaboration. L'ensemble des ressources sont maintenant disponibles sur le site eduscol à l'adresse suivante : http://eduscol.education.fr/cid105644/le-parcours-educatif-sante.html.
Un suivi de la mise en place du PES se fera lors d'un prochain séminaire national en mai 2017.

N°	Libellé	Responsable de l'action	Jalons terminés	État calculé de l'action
11.12	Éclairer les choix individuels en clarifiant la hiérarchie des facteurs de risque de cancers.	INCa	8 sur 10 (80%)	Planning respecté

La première réunion du consortium a eu lieu fin septembre 2015. Le comité scientifique international a discuté les variables et la méthodologie retenue.
Les groupes de travail ont été stabilisés.
La méthodologie sera rédigée pour être envoyée pour publication au cours du premier semestre 2016.

N°	Libellé	Responsable de l'action	Jalons terminés	État calculé de l'action
11.13	Améliorer la connaissance des perceptions et des comportements vis-à-vis des facteurs de risque de cancers : cette action sera mise en œuvre dans le cadre de l'action 9.17.	INCa		Mise en œuvre dans le cadre de l'action 9.17.

N°	Libellé	Responsable de l'action	Jalons terminés	État calculé de l'action
11.14	Faire de la recherche interventionnelle un véritable outil de prévention et de changement de comportements.	INCa	5 sur 18 (28%)	Retard (de 3 à 9 mois)

Jalon	Fin prévue le	État du Jalon
Organisation colloque recherche interventionnelle contre le cancer	31/12/14	Terminé
Lancement de l'AAP récurrent du Programme tabac	28/02/15	Terminé
Relance de l'AAP récurrent Recherche Interventionnelle	30/06/15	Terminé
Création d'une chaire en prévention des cancers INCa/IREsp/EHESP	30/06/16	En cours - Retard (de 3 à 9 mois)
Relance de l'AAP récurrent Recherche Interventionnelle	30/06/16	Terminé
Organisation d'un colloque "Avancées de la recherche interventionnelle en France" (titre indic.)	31/08/16	Terminé
Lancement de la première vague d'enquête portant sur l'évaluation du paquet neutre (PNRT)	30/11/16	En cours - Retard (moins de 3 mois)

La chaire en prévention des cancers INCa/IREsp/EHESP a été lancée officiellement le 05 Janvier 2016 lors d'une leçon inaugurale.
La publication rapport stratégique tabac sera associée à la sortie du prochain appel à projets qui incluera également un axe biologie.

O 12 : PRÉVENIR LES CANCERS LIÉS AU TRAVAIL OU À L'ENVIRONNEMENT

Sous objectif : Diminuer le nombre de cancers d'origine professionnelle

N°	Libellé	Responsable de l'action	Jalons terminés	État calculé de l'action
12.1	Renforcer la prévention primaire en milieu de travail pour réduire l'exposition aux agents cancérogènes (biologiques, physiques, chimiques).	DGT	7 sur 12 (58%)	Retard (moins de 3 mois)
	Jalon		**Fin prévue le**	**État du Jalon**
	Décret sur la réforme de l'organisation de l'Inspection du travail : mise en oeuvre fin 2014-2015		21/03/14	Terminé
	Mise en œuvre de la nouvelle organisation de l'Inspection du travail (notamment, unités de contrôle et réseaux régionaux des risques particuliers		31/12/14	Terminé
	Actions de contrôle de l'Inspection du travail "amiante" : priorité nationale 2015		31/12/15	Terminé
	Prolongement de la transposition de la directive 2006/25/CE : prescriptions de sécurité et santé relatives à l'exposition des travailleurs aux ROA		31/12/15	Terminé
	Renégociation du COP Anses-Etat : renforcement de la substitution		31/12/15	Terminé
	Actions de contrôle de l'Inspection du travail "amiante" : priorité nationale 2016		31/12/16	Terminé
	Renégociation des conventions d'objectifs pour la prévention des risques chimiques dans certaines branches (réparation auto, industries chimiques...)		31/12/16	En cours - Retard (moins de 3 mois)

Les actions de contrôle de l'Inspection du travail sur la problématique de l'amiante et, plus largement sur les substances cancérogènes, mutagènes et toxiques pour la reproduction (CMR), ont été effectivement réalisées au cours du 1er semestre 2016 (et seront menées sur la durée du plan). S'agissant des CMR (visés aux articles R. 4412-59 à 93 du code du travail), ceux-ci ont été cités plus de 698 fois dans des lettres d'observations et 13 fois dans des procès verbaux dressés par les agents de contrôle de l'inspection du travail. S'agissant, cette fois, spécifiquement de l'amiante (cf. articles R. 4412-94 à 148 du Code du travail), ces dernières dispositions réglementaires ont été citées 2951 fois dans des lettres d'observation et plus de 33 fois dans des procès verbaux dressés par les agents de contrôle de l'Inspection du travail. Elles demeurent une priorité de l'Inspection du travail et ont vocation à être poursuivies sur la durée du Plan cancer, notamment dans le cadre de la mise en oeuvre du PST 3, la prévention du risque chimique constituant l'une de ses priorités.

En ce qui concerne l'exposition des travailleurs aux rayonnements optiques artificiels (ROA), deux arrêtés datés du 1er mars 2016 ont été publiés au Journal officiel du 18 mars 2016. Appelés par les articles R. 4452-12 et R. 4724-18 du code du travail, ces arrêtés complètent et finalisent le dispositif réglementaire mis en place par le décret n° 2010-750 du 2 juillet 2010 pour la prévention des risques professionnels dus aux ROA et codifié aux articles R. 4452-1 à R. 4452-31 du code du travail. Ces arrêtés fixent, outre les modalités de l'évaluation des risques relatifs aux ROA, les conditions d'accréditation des organismes chargés des mesurages et d'effectuer les contrôles techniques sur demande du système de l'inspection du travail en application de l'article R. 4722-21 du Code du travail. Compte tenu des délais de mise en œuvre du système d'accréditation prévu par ce dernier arrêté, la date d'entrée en vigueur en a été fixée au 1er janvier 2018.

Une reflexion sur la renégociation des conventions d'objectifs pour la prévention des risques chimiques a été menée en 2015, en lien avec les organisations patronales, l'INRS et la Cnamts. Si certaines conventions ne nécessitent pas un renouvellement à ce stade (garage, formaldhéyde), il a été convenu de poursuivre la convention dans le secteur des travaux publics, de maintenir un partenariat sur les cancérogènes en dehors du cadre conventionnel (notamment sur les modalités de suivi du logiciel Seirich d'aide à l'évaluation des risques chimiques) et de conclure de nouvelles conventions sur des substances ou secteurs particuliers (styrène, EHPAD...).

S'agissant des rayonnement ionnisants, l'ordonnance n°2016-128 du 10 février 2016 portant diverses dispositions en matière nucléaire transpose notamment la directive 2013/59/Euratom sur les normes de base de protection sanitaire contre les dangers de l'exposition aux rayonnements ionnisants. Elle vient ainsi renforcer la radioprotection des travailleurs, en particulier ceux des entreprises extérieures, et compléter les mesures réglementaires existantes en matière de communication des données dosimétriques des travailleurs, pour renforcer et faciliter l'action du médecin du travail et de la personne compétente en radioprotection. Un projet de décret d'application est en cours de concertation avec les partenaires sociaux (la présentation du texte en commission spécialisée du Conseil d'orientation des conditions de travail a eu lieu le 28 septembre 2016).

Sur la question de la substitution, l'avenant au Contrat d'objectifs et de performance de l'Anses pose l'exigence de mutualiser les bonnes pratiques à travers l'exploitation des données existantes (ex : aides à la substitution, données issues du site « substitution-cmr.fr », etc) et de rechercher des synergies avec d'autres organismes européens ou internationaux. C'est également une des actions du PST 3.

Les actions de contrôle de l'inspection du travail sur la problématique de l'amiante et, plus largement sur les substances cancérogènes, mutagènes et toxiques pour la reproduction (CMR), ont été effectivement réalisées au cours de l'année 2016 (et seront menées sur la durée du plan).

S'agissant des CMR (visés aux articles R. 4412-59 à 93 du code du travail), ceux-ci ont été cités plus de 2200 fois dans des lettres d'observations et 24 fois dans des procès-verbaux dressés par les agents de contrôle de l'inspection du travail. S'agissant, cette fois, spécifiquement de l'amiante (cf. articles R. 4412-94 à 148 du code du travail), ces dernières dispositions réglementaires ont été citées presque 19 000 fois dans des lettres d'observation et 340 fois dans des procès-verbaux dressés par les agents de contrôle de l'inspection du travail.

N°	Libellé	Responsable de l'action	Jalons terminés	État calculé de l'action
12.2	Renforcer le suivi médical des personnes exposées à des risques de cancers professionnels.	DGT	2 sur 4 (50%)	Retard (de 3 à 9 mois)
	Jalon		**Fin prévue le**	**État du Jalon**
	Signature de la convention DGT/SFMT : recommandation prévention et surveillance des travailleurs exposés à des agents cancérogènes pulmonaires		01/12/14	Terminé
	Finalisation de la rédaction de la recommandation. Labellisation HAS/INCa.		31/12/15	Terminé
	Diffusion de la recommandation et information des professionnels concernés		30/06/16	En cours - Retard (de 3 à 9 mois)
	Organisation de séminaires de restitution sur la RBP/ symposium régionaux ou nationaux en lien avec la SFMT		31/12/16	En cours - Retard (moins de 3 mois)

La recommandation de bonnes pratiques intitulée "recommandations pour la surveillance de travailleurs exposés ou ayant été exposés à des cancérogènes pulmonaires" élaborée par la Société française de médecine du travail a été finalisée et s'est vu attribuer le label HAS-INCa par le Collège de la Haute Autorité de santé en novembre 2015.

La recommandation qui a reçu le label de la Haute Autorité de santé, est diffusée sur les sites de la Société française de médecine du travail, la Société française de radiologie et la Société de pneumologie de langue française. Elle a par ailleurs été présentée lors du congrès de médecine du travail qui s'est tenu du 22 au 24 juin 2016 à Paris. Les sociétés régionales de médecine du travail en ont été destinataires. Le réseau de médecins inspecteurs du travail des Directions régionales des entreprises, de la concurrence, de la consommation, du travail et de l'emploi du ministère du Travail en assurent par ailleurs la promotion auprès des services de santé au travail. Elle a également fait l'objet d'actions de promotion sur divers sites internet à caractère médical.

N°	Libellé	Responsable de l'action	Jalons terminés	État calculé de l'action
12.3	Améliorer l'identification des cancers d'origine professionnelle pour permettre leur reconnaissance en maladie professionnelle.	DSS	5 sur 10 (50%)	Planning respecté

Les jalons existants de l'action sont en cours, même si des difficultés techniques de mise en œuvre en a retardé la réalisation.

1-Le rapport annuel 2015 de la branche ATMP montre que le nombre de cancers de la vessie reconnus comme maladies professionnelles dans le cadre des tableaux (99 cas en 2011, 153 cas en 2015) et par la voie complémentaire (8 en 2011 à 29 en 2015) poursuit son augmentation.

2 -Suivi post professionnel des allocataires de l'ATA : Sur la première vague d'envoi, le taux de retour des assurés est d'environ 30%. Pour une meilleure information des assurés, l'Assurance maladie a publié sur son site la liste des radiologues réalisant les examens préconisés par la HAS pour le SPP.

La formation des médecins du travail dans le cadre de la quatrième enquête « Surveillance médicale des expositions des salariés aux risques professionnels (Sumer) » 2016/2017 est pilotée par la DARES et la DGT, afin de leur permettre de repérer les secteurs où les salariés sont susceptibles d'être exposés, notamment aux CMR, et de mieux cibler le suivi post-exposition.

La seconde partie de la synthèse est à maintenir (début: "En janvier 2016, l'article 21 de la loi n°2016-21 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé (LMSS), a fixé un objectif de renforcement des conditions de mise à disposition des appareils de bronzage au public." / fin : "Enfin, l'action relative à la formation des animateurs et encadrants d'activités sportives à la prévention des risques solaires n'a pas encore débutée.

N°	Libellé	Responsable de l'action	Jalons terminés	État calculé de l'action
12.4	Soutenir la surveillance épidémiologique et la recherche pour améliorer les connaissances sur les cancers professionnels.	Santé Publique France	2 sur 10 (20%)	Retard (plus de 9 mois)

Jalon	Fin prévue le	État du Jalon
Evaluation de l'exposition des agriculteurs aux dérivés arsenicaux utilisés comme produits phytosanitaires	31/12/15	En cours - Retard (plus de 9 mois)
Publication sur la multi-exposition à partir des données de Sumer 2009-2010	30/06/16	Terminé
Description par type de cancer des situations professionnelles à risques de cancers, selon le RNV3P, en estimant les niveaux de certitude.	31/12/16	En cours - Retard (moins de 3 mois)
Fonctionnement des GAST dans 50% des régions françaises et actualisation de la base informatique des signaux de l'InVS	31/12/16	Terminé
Rapport pilote de l'étude Sicapro relative à la production de taux d'incidence des cancers par profession et par secteur d'activité	31/12/16	En cours - Retard (moins de 3 mois)

- Exposition aux dérivés arsenicaux : retard dans l'accès aux données du recensement agricole du fait de la nécessité d'un passage devant le Comité du secret pour autoriser l'accès au CASD (Centre d'accès sécurisé aux données).
-Gast : territoire national couvert sauf IdF, Corse et régions ultramarines
-Rapport Sicapro : toujours en attente de l'autorisation CNIL

Sous objectif : Mieux comprendre les liens entre cancers et environnement et protéger les populations des expositions à risque

N°	Libellé	Responsable de l'action	Jalons terminés	État calculé de l'action
12.5	Développer l'observation et la surveillance et améliorer la connaissance concernant les cancers liés aux expositions environnementales en population générale.	Santé Publique France	10 sur 20 (50%)	Retard (de 3 à 9 mois)

Jalon	Fin prévue le	État du Jalon
Publication par l'Anses d'un numéro des cahiers de la recherche faisant le point sur les projets de recherche en cours sur Cancer-Environnement	01/12/14	Terminé
Sélection des projets de l'APR PNR EST 2014 retenus pour financement et lancement de l'appel 2015 avec une rubrique "cancer et environnement" (Anses)	01/12/14	Terminé
Etude d'impact sanitaire de l'exposition aux sous-produits de chloration de l'eau potable sur le cancer de la vessie (InVS/E1).	30/06/15	Terminé
Sélection des projets de l'APR PNR EST 2015 retenus pour financement et lancement de l'appel 2016 avec une rubrique "cancer et environnement" (Anses)	01/10/15	Terminé
Analyses statistiques des niveaux de biomarqueurs d'exposition et de leurs déterminants. Rapport final du volet périnatal du programme national (InVS)	31/12/15	Terminé
Etude de faisabilité pour la surveillance multi-sites de l'incidence des cancers autour des centrales nucléaires (InVS/E3).	31/12/15	Terminé
Etude pilote sur l'évaluation des expositions environnementales des cas de mésothéliome recueillis dans le cadre de la DO (InVS/E2)	31/12/15	Terminé
Analyse de la relation entre l'incidence des cancers de la vessie chez l'adulte et l'exposition aux sous-produits de la chloration présents dans l'eau	30/06/16	Terminé
Etude des variations spatio-temporelles d'incidence du cancer du testicule dans le contexte de l'exposition au perturbateurs endocriniens (InVS/E6).	30/06/16	Terminé
Suivant les résultats de E2, généralisation de l'évaluation des expositions environnementale des cas de DO-mésothéliome.	30/06/16	Non débuté - Retard (de 3 à 9 mois)
Sélection des projets de l'APR PNR EST 2016 retenus pour financement et lancement de l'appel 2017 avec une rubrique "cancer et environnement" (Anses)	01/10/16	Terminé
Appel à projets de recherche dans le cadre du Programme National de Recherche en Environnement-Santé-Travail (PNR EST) qui comporte une rubrique cancer-environnement.	31/12/16	En cours - Retard (moins de 3 mois)
Etude nationale évaluant le lien entre pollution atmosphérique et cancer du poumon à partir des données du projet Gazel-Air (InVS/E7).	31/12/16	En cours - Retard (moins de 3 mois)
Des changements d'orientation ou des délais de publication expliquent les retards observés.		

N°	Libellé	Responsable de l'action	Jalons terminés	État calculé de l'action
12.6	Réduire l'exposition de la population aux polluants atmosphériques aux valeurs limites européennes définies en 2010.	DGEC	0 sur 1 (0%)	Retard (plus de 9 mois)

Jalon	Fin prévue le	État du Jalon
Révision du Plan de réduction des émissions de polluants atmosphériques (PREPA)	31/12/15	En cours - Retard (plus de 9 mois)
Ce plan déclinera des mesures concrètes, concernant l'ensemble des secteurs émetteurs, avec l'objectif de réduire les émissions de polluants et d'améliorer la qualité de l'air à l'horizon 2020 et au-delà, en tenant compte des enjeux économiques et sociaux, des délais de mise en œuvre et de l'articulation avec les politiques publiques déjà existantes.		

N°	Libellé	Responsable de l'action	Jalons terminés	État calculé de l'action
12.7	Diminuer l'exposition de la population aux rayonnements ionisants à visée diagnostique.	ASN	2 sur 11 (18%)	Retard (plus de 9 mois)

Jalon	Fin prévue le	État du Jalon
Mise à disposition de l'outil Smartphone pour les demandeurs d'examens	31/12/14	Terminé

Jalon	Fin prévue le	État du Jalon
Publication d'un rapport sur l'état d'avancement du PAC MDIM et présentation devant les parties prenantes	31/12/14	Terminé
Consultation sur un projet de décision de l'ASN sur le management de la qualité et de la gestion de risque en imagerie	01/07/15	En cours - Retard (plus de 9 mois)
Définition des modalités de la campagne d'information des demandeurs d'examens et des outils d'aide	31/12/15	En cours - Retard (plus de 9 mois)
Publication de la décision de l'ASN sur le management de la qualité et gestion de risque en imagerie	30/06/16	Non débuté - Retard (de 3 à 9 mois)
Campagne d'information des demandeurs d'examens	31/12/16	En cours - Retard (moins de 3 mois)

Le projet de décision de l'ASN sur la formation continue des professionnels à la radioprotection des patients est en cours de finalisation après la consultation lancée en mai 2016. Par ailleurs, les travaux au niveau de la formation universitaire auprès de la DGESIP se poursuivent en vue de modifier les programmes des études médicales afin que la radioprotection soit enseignée de manière graduée dans les différents cycles.
Un projet de décision relatif au management de la qualité en imagerie médicale est en cours de rédaction après la présentation des grandes lignes aux sociétés savantes en juin 2016.
La publication de ces décisions de l'ASN est subordonnée à celle du décret de transposition de la Directive Euratom du conseil du 5 décembre 2013, au plus tard en février 2018.
Après la rencontre des parties prenantes en février 2016 et d'autorités étrangères en juin 2016, l'ASN réfléchit aux modalités de la campagne de sensibilisation auprès des demandeurs d'examens d'imagerie médicale au guide de bon usage des examens d'imagerie médicale et à sa promotion, à mettre en œuvre en 2018.
De plus, elle suit l'avancée d'une enquête sur l'ergonomie du guide et son appropriation soutenue par le Collège de la médecine générale.
Concernant le PAC, l'ASN a présenté en novembre 2016 aux autorités sanitaires et aux sociétés savantes un nouvel ensemble d'actions à mettre en œuvre à partir d'une nouvelle délibération de son collège en 2017.

N°	Libellé	Responsable de l'action	Jalons terminés	État calculé de l'action
12.8	Diminuer l'exposition aux rayonnements ultraviolets artificiels et naturels.	DGS	6 sur 10 (60%)	Retard (moins de 3 mois)

Jalon	Fin prévue le	État du Jalon
Diffusion d'une campagne d'information sur les risques liés aux UV solaires (Inpes)	31/08/14	Terminé
Saisine de la Commission européenne sur les risques liés aux appareils de bronzage	30/09/14	Terminé
Diffusion d'une campagne d'information sur les risques liés aux UV solaires (Inpes)	30/09/15	Terminé
Mise en place d'un groupe de travail pour la refonte des campagnes d'information sur les risques UV (DGS)	31/12/15	Terminé
Diffusion d'une campagne d'information sur les risques liés aux UV solaires (Inpes sous réserve : modèle des campagnes 2010-2014)	30/09/16	Terminé
Elaboration des contenus et supports de la nouvelle campagne d'information sur les risques UV, destinée au grand public (Inpes sous réserve)	31/12/16	En cours - Retard (moins de 3 mois)

En janvier 2016, l'article 21 de la loi n°2016-21 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé (LMSS), a fixé un objectif de renforcement des conditions de mise à disposition des appareils de bronzage au public. En effet, cet article a d'une part, interdit certaines pratiques commerciales (offres de séances de bronzage de type « illimitées », « gratuites » ou « à prix promotionnel » et celles qui font croire à un bénéfice des UV artificiels pour la santé) et, d'autre part, prévu des mesures d'encadrement par décret en Conseil d'Etat (formation des professionnels, conditions de mise à disposition des appareils au public, information du public sur les risques pour la santé liés à l'utilisation de ces appareils).
En outre, un décret en Conseil d'Etat devra fixer les modalités d'interdiction de vente d'appareil de bronzage au public en France. La publication de ce texte réglementaire est attendue courant 2017. Cette mesure s'inscrit dans le jalon programmé au 31/01/2018 "Etude des modalités et des impacts de l'interdiction de vente d'appareils de bronzage au public en France (DGS-DGCCRF)".

Durant l'été 2016, les campagnes d'information grand public ont été diffusées selon les mêmes modalités que les années précédentes. La refonte des campagnes d'information grand public devra se poursuivre début 2017 afin de permettre la diffusion des nouveaux supports dès l'été 2017. Il convient de noter qu'un groupe de travail s'est réunit début novembre 2015 à l'initiative de la DGS puis en janvier 2016 à l'initiative de l'ANSP. Les travaux du groupe de travail ont été suspendus à la demande de l'ANSP du fait de priorités fortes pour d'autres thématiques. Cette action figure comme faisant partie des actions ayant un léger retard (moins de trois mois). Toutefois, le début de l'année 2017 devrait permettre à l'ANSP de faire des propositions pour élaborer les contenus et supports de la nouvelle campagne d'info sur les risques UV destinés au grand public. Cet objectif s'insère dans le jalon programmé au 31/12/2016 « élaboration des contenus et supports de la nouvelle campagne d'information sur les risques UV, destinée au grand public" .

S'agissant de l'amélioration de la prise en compte de l'exposition des travailleurs aux risques dus aux rayonnements UV naturels, les réflexions devront débuter courant 2017.

Enfin, l'action relative à la formation des animateurs et encadrants d'activités sportives à la prévention des risques solaires n'a pas encore débutée. L'option retenue à ce stade serait de diffuser les supports d'information grand public aux fédérations sportives.

N°	Libellé	Responsable de l'action	Jalons terminés	État calculé de l'action
12.9	Sensibiliser le public sur la façon de réduire l'exposition aux substances classées cancérogènes possibles, notamment chez la femme enceinte et les enfants en bas âge (par exemple exposition aux pesticides et biocides à usage domestique).	INCa	3 sur 6 (50%)	Retard (moins de 3 mois)
	Jalon		**Fin prévue le**	**État du Jalon**
	Mise à jour du site web de l'INCa sur les risques liés aux pesticides		30/06/14	Terminé
	Publication d'une fiche repère sur pesticides et risques de cancer		31/07/14	Terminé
	Publication Fiche repère "traitements hormonaux de la ménopause et risque de cancers"		31/01/15	Terminé
	Identification des parties prenantes et relais		31/12/16	En cours - Retard (moins de 3 mois)
	Fiche repère "Traitements hormonaux de la ménopause" publiée en février 2015. Largement reprise par les médias.			

O 13 : SE DONNER LES MOYENS D'UNE RECHERCHE INNOVANTE

Indicateur	Valeur	Date	*Rappel cible*
Pourcentage des crédits de l'ensemble des appels à projets de l'INCa et de l'Aviesan cancer alloués à la recherche fondamentale Source : INCa – DGOS – ITMO Cancer	55,9 %	16/12/16	%

Sous objectif : S'appuyer sur une recherche fondamentale compétitive

N°	Libellé	Responsable de l'action	Jalons terminés	État calculé de l'action
13.1	Garantir l'indépendance et la créativité de la recherche en assurant un taux de financement pour la recherche fondamentale sur le cancer supérieur à 50 % des crédits de l'ensemble des appels à projets de l'INCa et de l'Aviesan cancer.	INCa; ITMO cancer	6 sur 12 (50%)	Planning respecté

13.1 Général: L'Institut national du cancer et l'ITMO cancer d'Aviesan ont lancé plusieurs appels à projets de recherche fondamentale afin de répondre aux priorités du Plan cancer 2014-2019. En 2016, trente-huit projets ont notamment été financés dans le cadre de l'appel à projets libres Biologie et Sciences du cancer pour un financement total de 20,3 M€. L'ITMO Cancer d'Aviesan a également lancé un appel à projets "Hétérogénéité tumorale et Ecosystèmes" pour lequel 6 projets ont été financés pour un budget total de 7,6 M€ (cf. action 6.6). L'ensemble des montants alloués aux projets dédiés à la recherche fondamentale est de 39,2 M€ pluriannuel.

13.1.1 : En 2016, 3 lauréats ATIP Avenir ont été sélectionnés et 7 autres ont été prolongés pour un budget de 1,3 M€.
13.1.2 : En 2016, l'ITMO Cancer d'Aviesan a financé 13 projets de recherche dans le domaine de la physique, des mathématiques ou des sciences de l'ingénieur appliqués au Cancer pour un budget de 5,1 M€. Cet appel à projets vise à favoriser les projets interdisciplinaires pour renforcer la compétitivité de la recherche fondamentale en France.
13.1.4: L'ITMO Cancer d'Aviesan a financé à hauteur de 4,9 M€ des équipements de laboratoires de recherche dans le cadre d'un nouvel appel à candidatures lancé en 2016.

N°	Libellé	Responsable de l'action	Jalons terminés	État calculé de l'action
13.2	Soutenir le continuum entre une recherche fondamentale d'excellence et la recherche clinique dans les sites de recherche intégrée sur le cancer (SIRIC).	INCa; ITMO cancer	8 sur 11 (73%)	Planning respecté

En septembre 2016, dans le cadre de la coordination des SIRIC, ont été organisés sur 2 journées:
- Une session de restitution de l'étude sociologique menée par une équipe du Centre de Sociologie des Organisations. Le projet coordonné par Patrick Castel et financé par l'INCa avait pour objectif de mettre en évidence les mécanismes organisationnels qui facilitent ou limitent la coopération au sein des SIRIC et notamment le rapprochement et les échanges entre la recherche et l'activité clinique. Ce projet s'est déroulé avec 144 entretiens semi-directifs réalisés (au lieu des 80 initialement prévus) avec une grande variété d'acteurs impliqués dans les 8 SIRIC. Cette session de restitution à laquelle l'ensemble des acteurs SIRIC ayant participé ont été conviés, a fait suite au rapport final adressé à l'INCa.
- Le 4ème séminaire annuel des SIRIC réunissant les directeurs et managers des SIRIC en présence des institutions de financement. Au cours de cette journée, les 8 SIRIC ont présenté l'état d'avancement de leurs activités et programme de recherche. Des sessions d'échanges et de discussion communes ont été organisées notamment sur les activités inter-SIRIC et sur les nouvelles modalités de financement des structures par la DGOS.

Sous objectif : Promouvoir des parcours professionnels en appui des évolutions de la recherche en cancérologie

N°	Libellé	Responsable de l'action	Jalons terminés	État calculé de l'action
13.3	Faire évoluer les formations initiales pour répondre aux besoins de la recherche en cancérologie.	DGESIP	0 sur 1 (0%)	Retard (plus de 9 mois)
	Jalon		**Fin prévue le**	**État du Jalon**
	Travail conjoint DGESIP, INCa et ITMO Cancer pour identifier des écoles doctorales susceptibles d'accueillir des étudiants issus d'autres disciplines		31/12/15	Non débuté - Retard (plus de 9 mois)

13.3.2 L'ITMO Cancer soutient depuis 2011 l'Ecole Doctorale "Frontières du vivant" qui vise à promouvoir des projets nécessitant le croisement de disciplines telles que les mathématiques, la médecine, la chimie, la physique, l'informatique, les sciences de l'ingénieur, la pharmacie, les sciences cognitives, les sciences sociales ou l'épistémologie. En 2015 l'ITMO Cancer a financé 3 doctorants travaillant dans le domaine du cancer. L'évaluation des projets 2016 est en cours.

N°	Libellé	Responsable de l'action	Jalons terminés	État calculé de l'action
13.4	Renforcer l'attractivité des métiers de la recherche en cancérologie.	Aviesan	4 sur 7 (57%)	Planning respecté

- Mise en place de la CSS2 Inserm - Pathologies du développement, hématologie et cancérologie - mandat 2016-2020: élection en cours, nomination des membres en juillet 2016
- Recrutement 2016 de chercheurs et contrats Atip-Avenir dans le domaine de la bioinformatique : évaluation en cours
- Programme Formation à la recherche translationnelle : +16% d'augmentation du nombre de candidats

- Les nouvelles CSS dont la CSS2 ont été mises en place en septembre 2016.
- 2 candidats Atip-Avenir ont été sélectionnés en 2016 dans les domaines bioinformatique-cancer et financés par le Plan cancer. Un chargé de recherche Inserm a été recruté à l'Inserm avec une prise de fonction au 1er octobre 2016.

Sous objectif : Partager et valoriser les résultats de la recherche sur le cancer

N°	Libellé	Responsable de l'action	Jalons terminés	État calculé de l'action
13.5	Partager les informations et les données aux niveaux national et international entre professionnels et avec le grand public.	INCa; ITMO cancer	3 sur 4 (75%)	Planning respecté

13.5.1 L'INCa s'est engagé dans Global Alliance for Genomics and Health pour organiser le partage des données au niveau international.
13.5.2 Au niveau national, l'INCa et l'ITMO Cancer d'Aviesan ont incité les chercheurs, via les textes de leurs appels à projets, à publier les résultats de leurs travaux dans des revues d'accès gratuits, en prenant en charge les surcoûts de frais de publication engendrés.

IV. OPTIMISER LE PILOTAGE ET LES ORGANISATIONS

O 14 : FAIRE VIVRE LA DÉMOCRATIE SANITAIRE

Indicateur	Valeur	Date	*Rappel cible*	
Etendre la participation des usagers dans les instances de pilotage et de gestion des soins ou de la recherche sur le cancer (100 % en fin de plan) Source :	Les comités techniques des dépistages des cancers sont en cours de constitution. Ils seront donc ajoutés au dénominateur (et au numérateur le cas échéant) lors de la prochaine évaluation de l'indicateur. 60,78 %	17/01/15	*100 %*	*31/12/18*

Sous objectif : Associer les usagers à la définition et à la mise en œuvre de la politique de lutte contre les cancers

N°	Libellé	Responsable de l'action	Jalons terminés	État calculé de l'action
14.1	Généraliser pour le cancer la participation des usagers dans les instances de pilotage, de gestion ou de production de soins ou de recherche.	INCa	6 sur 11 (55%)	Planning respecté

Trois représentants des personnes atteintes de cancers, de leurs proches et des usagers du système de santé sont membres du comité de pilotage du Plan cancer 2014-2019 : la présidente de la Ligue nationale contre le cancer, la présidente du Collectif interassociatif sur la santé et le président de l'Union nationale des associations de parents d'enfants atteints de cancer ou de leucémie.
La participation de représentants des usagers et des personnes malades a été étendue en 2015 à l'ensemble des instances consultatives de l'Institut national du cancer : un représentant a intégré le Comité de déontologie et d'éthique de l'INCa, et deux représentants ont été nommés membres du conseil scientifique de l'Institut (arrêté en date du 10 mars 2015).
La formalisation de l'implication des usagers dans les structures et instances de coordination de la cancérologie se poursuit, lors des procédures de renouvellement de chaque type de structures.

N°	Libellé	Responsable de l'action	Jalons terminés	État calculé de l'action
14.2	Identifier les expériences et les pratiques innovantes en termes de participation des usagers et des personnes malades.	INCa	1 sur 10 (10%)	Retard (plus de 9 mois)

Jalon	Fin prévue le	État du Jalon
Constitution du groupe de travail partenarial dédié	31/12/14	En cours - Retard (plus de 9 mois)
Validation de la méthode de recueil d'expériences	31/03/15	En cours - Retard (plus de 9 mois)
Finalisation de la première vague de recueil d'expérience	31/12/15	En cours - Retard (plus de 9 mois)
Réunion d'échanges de pratiques associant représentants des usagers et des professionnels	31/12/15	Terminé
Séminaire de restitution et d'échanges	30/06/16	Non débuté - Retard (de 3 à 9 mois)

Une approche pragmatique a été privilégiée : la mise en œuvre de la démocratie sanitaire et scientifique dans les organismes et structures de la cancérologie a été mise à l'ordre du jour des réunions et séminaires réunissant les structures de la cancérologie (SIRIC, intergroupes coopérateurs), ce qui a permis d'identifier différents modes de participation des usagers. La réflexion sur la place des usagers est en outre intégrée aux actions concernant l'évolution de ces structures, le cas échéant (réseaux régionaux de cancérologie, SIRIC, structures de gestion, cancéropôles).
Des réunions d'échange d'expériences, rassemblant des représentants des usagers et d'associations de malades et des professionnels des structures de la cancérologie, seront régulièrement renouvelées, pour identifier les bonnes pratiques en termes d'implication des usagers.

N°	Libellé	Responsable de l'action	Jalons terminés	État calculé de l'action
14.3	Établir un bilan critique de ces expériences et formuler des objectifs et des recommandations pour le déploiement de la démocratie sanitaire dans les instances de pilotage et de coordination.	INCa	0 sur 6 (0%)	Retard (plus de 9 mois)

Jalon	Fin prévue le	État du Jalon
Constitution du groupe de travail partenarial dédié (cf.14.2)	31/12/14	En cours - Retard (plus de 9 mois)
Validation de la méthode d'élaboration de l'outil de partage d'expériences et du guide méthodologique	31/03/15	En cours - Retard (plus de 9 mois)
Séminaire de restitution et d'échanges	30/06/16	Non débuté - Retard (de 3 à 9 mois)
Mobilisation du comité des usagers et des professionnels de l'INCa pour élaborer des bonnes pratiques en matière de participation des usagers dans le champ du cancer	31/12/16	En cours - Retard (moins de 3 mois)
Réalisation d'un outil de partage d'expériences et d'un guide méthodologique pour l'action	31/12/16	Non débuté - Retard (moins de 3 mois)

Le comité des usagers et des professionnels de l'Institut national du cancer est mobilisé pour formaliser des bonnes pratiques en matière de participation des usagers dans le champ du cancer.

N°	Libellé	Responsable de l'action	Jalons terminés	État calculé de l'action
14.4	Évaluer de façon qualitative, au terme du Plan cancer, les dispositifs de démocratie sanitaire déployés.	INCa	0 sur 1 (0%)	Planning respecté

Cette action est programmée à l'issue du Plan cancer.

Sous objectif : Soutenir le processus de démocratie sanitaire par la formation des parties prenantes

N°	Libellé	Responsable de l'action	Jalons terminés	État calculé de l'action
14.5	Apporter une formation spécifique aux représentants des usagers et à leurs interlocuteurs professionnels (administrateurs ou professionnels de santé et de la recherche) dans un objectif de co-construction des politiques et des actions de lutte contre les cancers.	CISS	2 sur 5 (40%)	Retard (de 3 à 9 mois)

Jalon	Fin prévue le	État du Jalon
Rencensement des structures concernées	30/06/15	Terminé
Identification des personnes à former et de leurs besoins	31/12/15	Terminé
Benchmark des formations existantes	30/06/16	En cours - Retard (de 3 à 9 mois)

Différentes structures sont concernées par la mise en oeuvre de cette action : Institut national du cancer, réseaux régionaux de cancérologie, réseaux nationaux pour les cancers rares, cancéropôles, SIRIC, intergroupes coopérateurs de recherche clinique...
Les personnes intéressées par ces formations sont les représentants des usagers siégeant dans les instances de gouvernance ou consultatives de ces structures, les membres d'associations qui coopèrent avec ces structures et les professionnels de ces structures qui interagissent avec les représentants des usagers et associatifs.
La pertinence du déploiement de nouvelles formations est questionnée, compte tenu de l'offre d'ores et déjà existante. Le recensement de cet existant, à destination des représentants d'usagers et des professionnels des structures de la cancérologie, est en voie d'achèvement. Une analyse de la pertinence pour les publics concernés est une étape préalable à sa valorisation. Des participations relayant des pratiques fructueuses de coopération avec les usagers (ex. comités de protection des personnes, programmes d'éducation thérapeutique co-construits, ...) seront programmées dans les séminaires rassemblant les différentes structures de la cancérologie.

O 15 : APPUYER LES POLITIQUES PUBLIQUES SUR DES DONNÉES ROBUSTES ET PARTAGÉES

Sous objectif : Mieux appréhender les parcours de santé et les inégalités face aux cancers

N°	Libellé	Responsable de l'action	Jalons terminés	État calculé de l'action
15.1	Mieux comprendre les inégalités sociales et géographiques face aux cancers.	INCa	4 sur 7 (57%)	Retard (moins de 3 mois)
	Jalon		**Fin prévue le**	**État du Jalon**
	Définition d'une procédure standardisée de géocodage des individus enregistrés par les registres de cancer et attribution d'un EDI		22/12/14	Terminé
	Publication du rapport sur l'incidence des cancers au niveau départemental		30/07/15	Terminé
	Mise en place de la procédure standardisée de géocodage des individus enregistrés par les registres de cancer et attribution d'un EDI		30/12/15	Terminé
	Définition et validation d'un EDI destiné aux habitants des DOM		30/12/16	En cours - Retard (moins de 3 mois)
	Mise à disposition de la répartition des cas incidents selon les stades au diagnostic		30/12/16	Terminé

PREMIERE PUBLICATION D'ESTIMATIONS DE L'INCIDENCE DES CANCERS DANS LES DEPARTEMENTS DE FRANCE METROPOLITAINE

Après plus de dix ans de travaux méthodologiques sur les données d'hospitalisation et de reconnaissance des cancers comme affection de longue durée, des estimations d'incidence des cancers ont pu être produites pour la première fois à l'échelle des départements métropolitains, en utilisant comme référence les données des registres départementaux de cancers. Les estimations, réalisées sur la période 2008-2010, concernent 8 cancers chez les hommes (lèvres-bouche-pharynx, œsophage, côlon-rectum, larynx, poumon, prostate, testicule, lymphome malin non-hodgkinien) et 8 cancers chez les femmes (lèvres-bouche-pharynx, côlon-rectum, poumon, sein, col de l'utérus, corps de l'utérus, ovaire, vessie).
Bien que cette étude n'ait pas pour objectif d'analyser les liens entre facteurs de risque et incidence des cancers, des disparités interdépartementales d'incidence ont été mises en évidence pour les cancers pour lesquels les facteurs de risque personnels (tabac, alcool) sont importants et connus. Chez les hommes, une sur-incidence des cancers des lèvres-bouche-pharynx, de l'œsophage, du larynx et du poumon a ainsi été mise en évidence dans le Nord tout comme une sur-incidence du cancer du poumon chez les femmes dans le Sud ainsi qu'en Ile-de-France. Il ne faut cependant pas oublier le rôle possible d'autres facteurs de risque (professionnels, environnementaux, etc.) dans la survenue de ces cancers ni le délai de latence entre l'exposition à un facteur de risque et le diagnostic de cancer.
Pour les autres cancers, les disparités départementales sont moins nettes. Il s'agit, pour la plupart, de cancers dont les facteurs de risque sont moins connus.

MISE EN PLACE D'UN PROJET D'EVALUATION DE L'ENVIRONNEMENT SOCIOECONOMIQUE DU LIEU DE RESIDENCE DES PATIENTS ENREGISTRES DANS LES REGISTRES DE CANCER DU RESEAU FRANCIM
Comme annoncé dans le précédent rapport, une étude a obtenu un financement d'une durée de 3 ans afin de développer, en routine, une procédure de géocodage permettant d'attribuer un index de défavorisation sociale à chaque patient atteint d'un cancer enregistré dans les registres de cancer du réseau FRANCIM.
Le géocodage consiste à identifier l'IRIS (Ilots Regroupés pour l'Information Statistique : un niveau géographique plus fin que le seul niveau communal) de chaque patient à partir de son adresse d'habitation au moment de son diagnostic. A chaque IRIS, sera attribuée la valeur d'un index de défavorisation, construit à partir de 10 variables obtenues par le recensement général de la population (proportions de ménages sans chauffage, de logement surpeuplés, de familles monoparentales…). Ainsi, par l'intermédiaire de l'IRIS, chaque nouveau patient diagnostiqué se verra attribuer la valeur de l'index de défavorisation correspondant à son lieu de résidence au moment du diagnostic. Ces informations, déterminées pour environ 120 000 personnes atteintes d'un cancer par an, seront ensuite regroupées dans la base de données commune des registres des cancers et permettront d'estimer les taux d'incidence de cancer selon le degré de défavorisation. Ultérieurement, lorsque le recul par rapport au diagnostic sera suffisant, ces travaux permettront d'étudier la survie selon le degré de défavorisation au moment du diagnostic. Ensuite, les résultats de ces travaux permettront d'adapter aux différents niveaux de défavorisation, des actions de prévention et d'éducation pour la santé.

Les données présentant la répartition des cas de cancers du sein, du colon et du rectum selon le stade au diagnostic sont disponibles. Le rapport est en cours de relecture finale. il devrait être publié début 2017. Un second tome relatif à la répartition par stade des cas de cancers de la prostate, de la thyroïde et de mélanomes sera disponible en 2018.

N°	Libellé	Responsable de l'action	Jalons terminés	État calculé de l'action
15.2	Renforcer l'évaluation de l'accès et du recours au dépistage organisé des cancers.	INCa	1 sur 6 (17%)	Retard (moins de 3 mois)
	Jalon		**Fin prévue le**	**État du Jalon**
	Lancement de l'appel d'offre pour une assistance à maitrise d'ouvrage		31/12/15	Terminé
	Validation de l'architecture du système d'information sur présentation de différents scenarii de système d'information et des estimations de coûts		31/12/16	En cours - Retard (moins de 3 mois)
	Trois scénarios d'évolution du système d'information des dispositifs de dépistage ont été explorés par l'INCa. Un phase de concertation sur le scénario cible a été engagée au dernier trimestre 2016.			

N°	Libellé	Responsable de l'action	Jalons terminés	État calculé de l'action
15.3	Faire du dossier communicant de cancérologie un outil d'observation et d'évaluation des soins au niveau local, régional et national.	INCa	2 sur 7 (29%)	Retard (plus de 9 mois)
	Jalon		**Fin prévue le**	**État du Jalon**
	Constitution d'un groupe de travail ayant pour objectif le déploiement d'un collecteur, et l'évaluation des documents pouvant être mis à disposition		28/02/15	Terminé
	Rapport d'analyse sur les contraintes législatives (évolutions législatives, accès aux données, consentement des personnes, anonymisation…)		30/12/15	Terminé
	Lancement d'un appel d'offre ayant pour objectif le déploiement effectif du collecteur national		28/02/16	Non débuté - Retard (plus de 9 mois)
	En juillet 2016, l'INCa a présenté le rapport d'étude relatif aux traitements de données à caractère personnel à la CNIL. Une action a été entreprise afin de s'assurer de la possibilité d'utilisation du NIR dans le cadre défini par la nouvelle de santé. Le schéma directeur du composant national du DCC (ou collecteur national) doit intégrer des dispositions communes avec le SNDS et le DMP, et tenir compte des évolutions de la règlementation Européenne relatives à la responsabilité de traitement de ce type de données. Des prestations sont mobilisées afin de réaliser le PIA (Personnel impact assessment) comme demandé par la Cnil. Le lancement du marché relatif au développement technique du composant national est prévu fin 2017.			

N°	Libellé	Responsable de l'action	Jalons terminés	État calculé de l'action
15.4	Appréhender les parcours de soins grâce à la « cohorte cancer ».	INCa	5 sur 10 (50%)	Retard (de 3 à 9 mois)
	Jalon		**Fin prévue le**	**État du Jalon**
	Rapport sur l'évolution de la trajectoire de soins des personnes atteintes d'un cancer du sein 2010-2012		30/12/14	Terminé
	Mise à disposition des tableaux de bord issus de l'algorithme cancer sur le site de l'ATIH		31/01/15	Terminé
	Rapport sur la prise en charge et le parcours de soins des enfants et jeunes adultes au travers des bases médico-administratives		31/07/15	Terminé
	Définition d'un algorithme permettant d'identifier les personnes atteintes d'un cancer et prises en charge en Soins de Suite et de Réadaptation (SSR)		31/12/15	Terminé
	Rapport d'étude de la trajectoire de soins des personnes atteintes d'un cancer colo-rectal		31/12/15	Terminé
	Mise en place des tableaux de bord sur l'activité de chirurgie relative à la prise en charge des personnes atteintes d'un cancer		30/06/16	En cours - Retard (de 3 à 9 mois)
	Rapport d'étude de la trajectoire de soins des personnes atteintes d'un cancer de la prostate		30/12/16	Non débuté - Retard (moins de 3 mois)

Afin de développer ses missions d'observation et d'évaluation, l'INCa met en place une cohorte des personnes atteintes de cancer s'appuyant sur les données de l'Assurance maladie (SNIIR-AM). Celle-ci permet de documenter toutes les consommations de soins de ces personnes (hospitalisation, médecine de ville, médicaments, actes d'imagerie, actes paramédicaux… mais aussi recours aux transports sanitaires, aux arrêts maladie...) pour une durée de 25 ans.
Une première étude « pilote » des trajectoires de soins des femmes ayant un cancer du sein pendant leur première année après le diagnostic s'est avérée riche d'enseignements. Elle va être actualisée avec des données plus récentes. L'étude de faisabilité sur les trajectoires du cancer du côlon - rectum a soulevé un certain nombre de questions.Des travaux sur le cancer de la prostate sont entrepris par la CNAMTS. La première version de l'algorithme cancer en SSR a été élaborée et va être discutée avec des spécialistes de médecine physique et réadaptation.

N°	Libellé	Responsable de l'action	Jalons terminés	État calculé de l'action
15.5	Développer l'évaluation en économie de la santé.	INCa	5 sur 8 (63%)	Retard (de 3 à 9 mois)
	Jalon		**Fin prévue le**	**État du Jalon**
	Publication du rapport 2014 "Situation de la chimiothérapie" (INCa)		31/03/15	Terminé
	Démarrage de l'étude médico-économique (phase 2) sur la généralisation du dépistage du cancer du col de l'utérus		31/12/15	Terminé
	Lancement de l'étude des coûts de l'expérimentation des IDEC (sur la durée de l'expérimentation : 3 ans)		31/12/15	Terminé
	Mise à disposition des données actualisées sur les chimiothérapies		31/12/15	Terminé
	Démarrage de l'analyse organisationnelle et évaluation médico-économique de la chirurgie ambulatoire du cancer : notification du marché		31/05/16	En cours - Retard (de 3 à 9 mois)
	Démarrage de l'étude médico-économique sur le dépistage du cancer colorectal (publication marché fin 2015, notification en 2016) durée marché 2 ans		01/06/16	En cours - Retard (de 3 à 9 mois)
	Rapport de l'étude médico-économique (phase 2) sur la généralisation du cancer du dépistage du col de l'utérus		31/12/16	Terminé
	Les tableaux de bords relatifs à l'activité de chimiothérapie anticancéreuses jusqu'en 2014 ainsi que les données régionales ont été mis à disposition au troisième trimestre 2016.			

N°	Libellé	Responsable de l'action	Jalons terminés	État calculé de l'action
15.6	Mettre à disposition des indicateurs d'évaluation de la lutte contre les cancers.	INCa	1 sur 1 (100%)	Achevée

Sous objectif : Se doter d'un système d'observation des cancers performant

N°	Libellé	Responsable de l'action	Jalons terminés	État calculé de l'action
15.7	Conforter la surveillance et l'observation épidémiologiques des cancers à partir des registres.	INCa	4 sur 11 (36%)	Retard (plus de 9 mois)
	Jalon		**Fin prévue le**	**État du Jalon**
	Diffusion aux registres du Réseau Francim du manuel des procédures qualité en version 1 (incluant le référentiel d'auto évaluation)		30/12/15	Terminé
	Travaux afin de faciliter l'accès au RNIPP pour les registres des cancers		30/12/15	En cours - Retard (plus de 9 mois)
	Publication des estimations de survie globale et survie nette à 5, 10 et 15 ans globalement, par sexe, par classes d'âges et par périodes		30/05/16	Terminé
	Mise à disposition de la répartition des cas incidents selon les stades au diagnostic		30/12/16	Terminé
	Mise en place d'une base documentaire de type gestion électronique de documents au sein des registres des cancers		30/12/16	Terminé
	Les discussions sur un accès au RNIPP se sont poursuivies avec le CESP de l'Inserm et l'Insee. Un contact avec le directeur général de la DRESS a également été pris, une note lui a été transmise et ce sujet semble être en discussion entre la DRESS et l'Insee. Par ailleurs des travaux sur la possibilité d'accès aux certificats de décès par les registres ont été amorcés et des tests devraient être effectués en 2017.			

N°	Libellé	Responsable de l'action	Jalons terminés	État calculé de l'action
15.8	Sécuriser l'accès aux données et l'interopérabilité tout en assurant la confidentialité.	ASIP	3 sur 3 (100%)	Achevée

L'état des lieux est débuté, et l'identification des cas d'usage par l'INCa est en cours (sources/ objectifs/finalités/processus d'exploitation d'information en place/ parties prenantes).Il s'agit d'un pré-requis aux actions à conduire par l'ASIP Santé.
L'article L.1111-8-1 du Code de la santé publique (rédaction issue de la loi modernisation de notre système de santé du 26 janvier 2016) autorise l'utilisation du NIR comme identifiant de santé des personnes pour leur prise en charge à des fins sanitaires et médico-sociales.
Les dispositions de la loi Informatique et Libertés prescrivant une procédure particulière d'autorisation à raison de l'utilisation du NIR dans un traitement de données à caractère personnel ne sont pas applicables aux traitements qui utilisent ce numéro exclusivement dans les conditions prévues à l'article L.1111-8-1 précité.
Un décret en Conseil d'État pris après avis de la Commission nationale de l'informatique et des libertés fixera les modalités qui autorisent l'utilisation de l'INS.
Ce même article L.1111-8-1 précise le traitement de l'identifiant de santé peut également être autorisé à des fins de recherche dans le domaine de la santé, dans les conditions prévues au chapitre IX de la loi Informatique et Libertés.
La loi de modernisation du système de santé a défini le NIR comme étant l'identifiant national de santé. Un amendement présenté dans le cadre de l'action 15.8 a permis d'en ouvrir les perspectives d'usage pour améliorer le rapprochement des données collectées. Un décret d'application viendra en préciser les modalités opérationnelles. En conséquence, les objectifs visés par l'action sont atteints et les jalons initialement envisagés sont obsolètes. Ci-après les extraits de la loi de santé à considérer en référence.
Le texte de loi de modernisation du système de santé voté le 17 décembre 2015 prévoit qu'au niveau collectif, l'utilisation du NIR soit permise à des fins de recherche, d'études et d'évaluation. Ceci nécessite une déclaration au nouveau chapitre IX (regroupant les anciens chapitres IX et X de la loi informatique et libertés) et ne demande pas de décret en conseil d'Etat.
De manière plus détaillée, le texte de loi précise que «Art. L. 1111-8-1. – I. – Le numéro d'inscription au répertoire national d'identification des personnes physiques est utilisé comme identifiant de santé des personnes pour leur prise en charge à des fins sanitaires et médico-sociales… » qu'un « décret en Conseil d'État, pris après avis de la Commission nationale de l'informatique et des libertés, précise les modalités d'utilisation de cet identifiant, notamment afin d'en empêcher l'utilisation à des fins autres que sanitaires et médico-sociales. » mais que « II. – Par dérogation au I, le traitement de l'identifiant de santé peut être autorisé à des fins de recherche, dans le domaine de la santé, dans les conditions prévues au chapitre IX de la loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 précitée. ». La loi n°78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés est modifiée : « a) Au 8° du II, après le mot : « recherche », sont insérés les mots :« aux études et évaluations ».

N°	Libellé	Responsable de l'action	Jalons terminés	État calculé de l'action
15.9	Valoriser l'observation et les données en permettant leur appropriation et exploitation par le plus grand nombre.	INCa	4 sur 9 (44%)	Retard (de 3 à 9 mois)
	Jalon		**Fin prévue le**	**État du Jalon**
	Rédaction d'un cahier des charges sur la création d'un nouveau portail de données intégrant l'open data		30/11/14	Terminé
	Publication du rapport " Les cancers en France "		28/02/15	Terminé
	Mise en ligne de la nouvelle version du portail des données		30/12/15	Terminé
	Publication du rapport " Les cancers en France "		28/02/16	Terminé
	Rédaction d'un cahier de charges, spécifications techniques et fonctionnelles, pour la mise à disposition des données des registres des cancers		30/06/16	En cours - Retard (de 3 à 9 mois)

La nouvelle version du portail des données du cancer a été mise en ligne en août 2016. Le site est en phase d'alimentation. Une discussion avec les registres des cancers est entreprise afin de valoriser sur le site les registres et leurs données. La finalisation du cahier des charges relatif aux registres des cancers a été reportée afin d'intégrer les nouveautés apportées par le portail des données du cancer.

N°	Libellé	Responsable de l'action	Jalons terminés	État calculé de l'action
15.10	Assurer la synergie des acteurs dans le domaine de l'observation et de l'évaluation.	INCa	5 sur 7 (71%)	Planning respecté

Les fiches de contexte proposées par la Fnors sur le site Score-santé ont été actualisées. D'autres fiches font l'objet d'une actualisation. Le programme de travail entre le réseau des registres des cancers (Francim), le service de biostatistique des Hospices civils de Lyon, l'InVS et l'INCa se poursuit. Une première réunion du groupe de pilotage sur les donnés d'observation a eu lieu mi février 2016. Enfin, le comité de pilotage du portail des données a eu lieu fin 2016.

O 16 : OPTIMISER LES ORGANISATIONS POUR UNE PLUS GRANDE EFFICIENCE

Indicateur	Valeur	Date	*Rappel cible*	
Proportion de réseaux régionaux de cancérologie labellises sur la base de leurs nouvelles missions Source : INCa : nombre de reconnaissances délivrées	Modification du nombre de RRC suite à la réorganisation des régions 100 %	31/12/16	*100 %*	*31/12/18*
Ratio de projets émergents financés par les cancéropôles retenus au niveau national Source : Cancéropôle	Nombre de projets émergents financés par les cancéropôles initialement puis retenus au niveau national sera connu à fin 2015 0 %	31/12/15	*%*	
Taux de mise en œuvre des nouvelles missions des réseaux régionaux de cancérologie Source : RRC : critères/indicateurs de suivi de la mise en œuvre du référentiel national			*80 %*	*31/12/18*

Sous objectif : Renforcer le pilotage et l'animation nationale en favorisant le décloisonnement

N°	Libellé	Responsable de l'action	Jalons terminés	État calculé de l'action
16.1	Afin de conforter la synergie recherche/santé, affirmer l'INCa comme opérateur des ministères de la santé et la recherche dans le champ du cancer.	DGOS; DGS; DGRI	2 sur 2 (100%)	Achevée
	Un bilan de la mise en oeuvre du COP 2011-2014 a été réalisé par l'INCa et un nouveau contrat pour la période 2015-2018 a été signé par la ministre en charge de la Santé et le secrétaire d'Etat en charge de la Recherche.			

N°	Libellé	Responsable de l'action	Jalons terminés	État calculé de l'action
16.2	Renforcer le rôle de pilotage technique et d'animation régulière et décloisonnée des structures de la cancérologie par l'INCa en appui au pilotage stratégique des ministères de la santé et de la recherche.	INCa	8 sur 13 (62%)	Planning respecté
	L'INCa a été mandaté par le DGOS et le DGS pour élaborer des propositions d'évolution des missions et de l'organisation des RRC-3C et des structures de gestion du dépistage, en appui du pilotage stratégique du ministère en charge de la Santé. A l'issue d'une large consultation des parties prenantes, les propositions ont été soumises aux directeurs généraux des ARS (cf. action 16.4). Un séminaire d'échanges RRC-ARS-INCa-DGOS s'est tenu début juillet 2016. A la suite du séminaire national réunissant l'ensemble des structures de gestion, en lien avec la DGS, la Cnamts et Santé publique France au 1er semestre 2016, l'INCa a organisé en décembre une réunion de consultation des représentants des acteurs du dépistage.			

N°	Libellé	Responsable de l'action	Jalons terminés	État calculé de l'action
16.3	Associer la MILDT aux actions du Plan cancer à mener dans le domaine de la lutte contre les drogues et les conduites addictives, ainsi qu'à leur suivi.	DGS	2 sur 2 (100%)	Achevée
	A la suite de l'annonce du Plan cancer 2014-2019 et son objectif 10 portant sur la mise en place d'un programme national de réduction du tabagisme, un comité de pilotage présidé par le Directeur général de la santé, associant l'INCa, l'INPES, la CNAMTS, la Mildeca, le SGMAS, a été mis en place le 14 mars 2014 afin de lancer le chantier d'élaboration du PNRT. Le copil s'est réuni à trois reprises entre le 29 avril et le 24 octobre.			

Sous objectif : Redéfinir la place des acteurs régionaux et territoriaux en appui des ARS

N°	Libellé	Responsable de l'action	Jalons terminés	État calculé de l'action
16.4	Garantir à l'ARS un appui régional fort dans le champ de la cancérologie en misant sur le rapprochement des structures.	INCa	2 sur 4 (50%)	Retard (plus de 9 mois)
	Jalon		**Fin prévue le**	**État du Jalon**

Jalon	Fin prévue le	État du Jalon
Etat des lieux des RRC et réflexion sur l'évolution de leurs missions	30/06/15	Terminé
Cahier des charges des RRC en vue de leur reconnaissance	31/12/15	En cours - Retard (plus de 9 mois)
Réflexion vers une régionalisation du dispositif de dépistage des cancers	30/06/16	Terminé
Cahier des charges des centres de coordination des dépistages	31/12/16	En cours - Retard (moins de 3 mois)

L'INCa a remis à la DGOS ses propositions d'évolution des missions et de l'organisation des RRC. Le référentiel des nouvelles missions des réseaux est soumis à l'arbitrage du ministère de la Santé. Les reconnaissances des RRC ont été reconduites jusqu'à fin 2016.
S'agissant des structures de gestion du dépistage, l'INCa a élaboré des propositions d'évolution de leurs missions et de leur organisation régionale et territoriale, en concertation avec les décideurs et les acteurs, et a remis son rapport au DGS (réponse à la saisine). Le schéma cible d'organisation régionale et territoriale est défini par une instruction aux ARS et le cahier des charges national sera finalisé en 2017.
Le chantier ouvert sur l'unification du système d'information a progressé et le choix d'un scénario sera soumis au comité de pilotage institutionnel pour lancer la définition des spécifications techniques.

N°	Libellé	Responsable de l'action	Jalons terminés	État calculé de l'action
16.5	Structurer l'organisation territoriale de proximité autour de l'objectif de continuité et de globalité des parcours de prise en charge.	DGOS	5 sur 8 (63%)	Retard (plus de 9 mois)

Jalon	Fin prévue le	État du Jalon
Proposition dans la loi de Santé de dispositifs pour garantir une offre de coordination lisible et intégrée des professionnels sur les territoires	31/12/14	Terminé
Mise en œuvre d'une organisation expérimentale d'accompagnement de parcours complexes en cancérologie et intégrant la ville	30/06/15	Terminé
Travaux DGOS-INCa sur la pertinence du dispositif RRC-3C et le dimensionnement financier	30/06/15	En cours - Retard (plus de 9 mois)
Bilan de la première année de mise en œuvre de l'expérimentation par la DGOS	31/12/15	Terminé
Bilan DGOS de la première année de mise en œuvre de l'expérimentation des IDEC	31/12/15	Terminé
Proposition de modèles financiers et référentiels de missions des dispositifs de coordination en cancérologie	31/12/15	En cours - Retard (plus de 9 mois)
Mise en œuvre du nouveau cadre financier et de missions des dispositifs de coordination en cancérologie	31/12/16	En cours - Retard (moins de 3 mois)
Suivi de la 2ème année d'expérimentation IDEC (recueil et analyse des rapports d'activité des 45 équipes)	31/12/16	Terminé

La coordination des parcours est, de même qu'en 2015, un axe majeur des travaux conduits en 2016 par la DGOS.

L'adoption, en janvier 2016, de la loi de modernisation de notre système de santé consacre tout d'abord un ensemble de dispositions visant à renforcer la coordination des parcours complexes (plateformes territoriales d'appui à la coordination des parcours complexes, projets territoriaux de santé, communautés professionnelles territoriales de santé)

La DGOS renouvelle par ailleurs en 2016 son soutien aux dispositifs de coordination des parcours complexes en cancérologie, au travers de l'expérimentation des IDEC qui mobilise 45 équipes - 35 issues des établissements de santé et 10 issues des structures de premier recours. Un bilan de l'activité des équipes a été réalisé à un an et demi du démarrage de l'expérimentation. Il confirme à de nombreux égards l'intérêt de ce dispositif: les 45 équipes ont accompagné en un an près de 4 000 patients. Ce soutien s'est adressé aux situations les plus complexes : cancers graves d'emblée ou accompagnés de polypathologies, situations de fragilité psychosociale. Il s'est avéré également être un dispositif de plus en plus mobilisé à l'appui des évolutions thérapeutiques en cours en cancérologie : plus des deux tiers des équipes l'ont ainsi utilisé pour mieux accompagner les patients bénéficiaires d'un traitement de chimiothérapie orale à domicile.

Enfin, un soutien financier a été apporté en 2016 aux prises en charge en hospitalisation à domicile dans le champ du cancer. En application de l'instruction N° DGOS/R4/2015/304 du 9 octobre 2015, les traitements coûteux hors liste en sus consommés dans les établissements d'hospitalisation à domicile ont donné lieu à un suivi national. Sur la base de ces informations, un soutien financier de 4 millions d'euros a été apporté aux structures d'HAD en 1ère circulaire budgétaire 2016.

Concernant les RRC et les 3C, un rapport INCa portant sur l'évolution de leurs missions et de leurs périmètres a été transmis à la DGOS en juillet 2016. Les arbitrages sont en cours au Ministère.

Sous objectif : Conforter la structuration de la recherche en régions

N°	Libellé	Responsable de l'action	Jalons terminés	État calculé de l'action
16.6	Recentrer les missions des cancéropôles sur des champs non couverts par d'autres organisations (émergence de projets dans des thématiques et technologies innovantes et de jeunes équipes, priorités régionales ou interrégionales de recherche incluant sa valorisation).	INCa	6 sur 10 (60%)	Planning respecté

N°	Libellé	Responsable de l'action	Jalons terminés	État calculé de l'action
16.7	À l'issue des cinq années d'existence des 8 SIRIC, organiser en 2016 un nouvel appel à candidatures ouvert aux structures précédemment financées ou à de nouveaux projets.	INCa	2 sur 5 (40%)	Retard (moins de 3 mois)

Jalon	Fin prévue le	État du Jalon
Validation du calendrier de l'appel à candidatures	31/12/14	Terminé
Validation de la procédure de l'appel à candidatures avec les partenaires (INSERM, DGOS)	31/12/15	Terminé
Lancement de l'appel à candidatures	31/12/16	En cours - Retard (moins de 3 mois)

Les directeurs des institutions de financement partenaires (INCa, DGOS et INSERM pour le compte de l'ITMO Cancer) ont échangé et discuté à plusieurs reprises afin de définir les modalités de la nouvelle labellisation SIRIC et de son financement.
En parallèle, des réunions ont été organisées entre les équipes en vue de la préparation des documents nécessaires au lancement de l'appel à candidatures.
Cet appel à candidatures sera lancé dès que possible, il sera ouvert aux SIRIC précédemment labellisés et aux nouveaux candidats et permettra de synchroniser les calendriers avec un début des financements prévu au 1er janvier 2018.

N°	Libellé	Responsable de l'action	Jalons terminés	État calculé de l'action
16.8	Articuler les actions des SIRIC et des cancéropôles pour renforcer les forces de recherche sur un territoire donné.	INCa	4 sur 8 (50%)	Planning respecté

Cette articulation SIRIC-Cancéropôle a été formalisée à travers la rédaction de documents officiels co-rédigés par les deux types de structures. Dans le cadre des actions de coordination des SIRIC, ce point est également régulièrement rappelé aux dirigeants et managers. Elle fait de plus l'objet d'une mention spéciale dans le texte de l'appel à candidatures de la nouvelle labellisation SIRIC.

Sous objectif : Conforter la place de la France dans les coopérations internationales en recherche et santé publique

N°	Libellé	Responsable de l'action	Jalons terminés	État calculé de l'action
16.9	Soutenir le développement des programmes de lutte contre le cancer des agences internationales, notamment leurs volets d'actions envers les pays francophones de l'Afrique subsaharienne et du sud de la Méditerranée.	INCa	8 sur 9 (89%)	Planning respecté

L'INCa apporte son soutien et collabore avec les agences internationales:
- participe aux travaux du centre collaborateur OMS - Méditerranée "détection précoce et dépistage des cancers"
- finance l'initiative mondiale pour le développement des registres du cancer (GICR), coordonnée par le Centre international de recherche sur le cancer (CIRC). Ce soutien cible les registres du cancer en Afrique francophone.
- travaille étroitement avec AORTIC (l'organisation africaine pour la recherche et l'enseignement sur le cancer), au développement de réseaux recherche/santé publique en Afrique francophone
- participe aux réunions techniques stratégiques de l'OMS visant à définir les actions prioritaires de l'OMS dans la lutte contre le cancer, et financera en 2016 une aide à la mise en œuvre des recommandations publiées par l'OMS pour la prévention du cancer du col de l'utérus dans les pays à faibles et moyens revenus
-représente la France au groupe d'experts mis en place par la DG SANTE (Commission européenne) sur le cancer
- a participé au leader summit organisé par l'UICC (Union internationale contre le cancer) ainsi qu'au comité local d'organisation d'UICC 2016

N°	Libellé	Responsable de l'action	Jalons terminés	État calculé de l'action
16.10	Développer des réseaux collaboratifs entre la France et les pays du sud dans le domaine de la recherche et de la santé publique, en s'appuyant notamment sur les infrastructures développées par les partenaires d'Aviesan Sud (IRD, Instituts Pasteur, Fondation Mérieux, etc.) dans les pays ciblés.	INCa	11 sur 13 (85%)	Planning respecté

L'INCa s'appuie sur les membres d'Aviesan Sud pour ses réseaux collaboratifs:
- les partenaires d'Aviesan Sud participent aux réseaux de recherche/santé publique créés par l'INCa en Asie (Laos, Thaïlande,) et en Afrique (Gabon, Madagascar, Cameroun, Côte d'Ivoire, Sénégal) sur le cancer du col de l'utérus.
- l'INCa apporte son soutien à des projets de recherche sur les cancers liés aux infections, qui sont dominants dans les pays du Sud, en vue de définir une stratégie de prévention et d'évaluer la valeur prédictive des différentes méthodes de dépistage. Le financement qui sera apporté à l'OMS en 2016 renforce cette stratégie et permettra d'envisager concrètement la mise en œuvre des recommandations OMS pour la prévention du cancer du col de l'utérus
- l'INCa est à l'initiative du développement d'un réseau collaboratif associant 5 pays d'Afrique francophone (Sénégal, Gabon, Côte d'Ivoire, Cameroun, et Madagascar) pour la lutte contre le cancer du col de l'utérus, qui fait partie des priorités définies par l'OMS dans le plan d'action 2013-2020 sur les maladies non transmissibles
- l'INCa a organisé une réunion de préfiguration avec des représentants de 9 pays africains pour la mise en place d'un réseau francophone de recherche sur le cancer de la prostate incluant des équipes de France métropolitaine, des Antilles et d'Afrique subsaharienne. Les objectifs de ce futur réseau ont été discutés lors de la conférence internationale AORTIC 2015

N°	Libellé	Responsable de l'action	Jalons terminés	État calculé de l'action
16.11	Participer activement aux actions de coordination des financeurs internationaux de la recherche sur le cancer et les prolonger avec les pays européens et les États-Unis, et avec les pays émergents en proposant des solutions partagées par tous.	INCa	3 sur 10 (30%)	Planning respecté

L'INCa a participé en mars 2015 au meeting organisé par le CRUK et le NCI, pilotes du groupe de travail créés à l'issue du meeting des financeurs internationaux de la recherche, à la suite de son engagement lors de la conférence de Melbourne de décembre 2014.
Des propositions pour le programme (amélioration et visibilité du réseau, clarification le rôle des financeurs, action sur les leviers les plus pertinents ..) ont été soumises au CRUK et au NCI lors de cette réunion. Des propositions d'actions seront soumises aux partenaires dans les prochains mois. L'INCa a d'ores et déjà accepté de contribuer financièrement au consortium.

O 17 : ADAPTER LES MODES DE FINANCEMENT AUX DÉFIS DE LA CANCÉROLOGIE

Sous objectif : Savoir adapter les modalités de financement au rythme des évolutions techniques et organisationnelles

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

N°	Libellé	Responsable de l'action	Jalons terminés	État calculé de l'action
17.2	Expérimenter la mise en place de forfaits pour les traitements de radiothérapie pour inciter les établissements à investir dans des techniques innovantes telles que l'hypofractionnement au bénéfice des patients : cette action sera mise en œuvre dans le cadre de l'action 3.12.	DGOS		Mise en œuvre dans le cadre de l'action 3.12.

N°	Libellé	Responsable de l'action	Jalons terminés	État calculé de l'action
17.3	Mener plus globalement dans le cadre du Comité de réforme de la tarification hospitalière une réflexion dédiée à l'accompagnement des innovations dans le champ de la cancérologie.	DGOS	11 sur 15 (73%)	Retard (plus de 9 mois)

Jalon	Fin prévue le	État du Jalon
Création de groupes de travail ad hoc du copil coretah cancer sur la chimiothérapie orale, le virage ambulatoire en cancérologie et les soins de support.	01/11/14	Terminé
Définition du programme de travail du Copil Cancer du CORETAH	31/12/14	Terminé
Lancement et analyse d'enquêtes DGOS auprès des GT du copil coretah cancer pour recenser les freins, leviers et retours d'expériences (REX) pertinents pour l'accompagnement de la chimiothérapie orale, du virage ambulatoire en cancérologie et des SS	01/04/15	Terminé
Réunion DGOS/INCa avec le groupe interface des ARS du Plan cancer pour solliciter des retours d'expériences pertinents sur la chimiothérapie orale, le virage ambulatoire en cancérologie et les soins de support	01/04/15	Terminé
Saisine DGOS de l'INCa pour des travaux d'expertises sur la chimiothérapie orale et sur le "panier de soins de support" en vue de l'élaboration à terme par la DGOS de cahiers des charges organisationnels.	01/09/15	Terminé
Analyse de l'activité hospitalière et de l'activité en médecine de ville relatives à la prise en charge des patients atteints d'un cancer	31/12/15	Terminé
Analyse des dépenses hospitalières et des dépenses en médecine de ville relatives à la prise en charge des patients atteints d'un cancer	31/12/15	Terminé
Elaboration d'un modèle de tarification de la primo-prescription de la chimiothérapie orale réalisée au sein des établissements de santé autorisés à pratiquer l'activité de traitement du cancer par chimiothérapie.	31/12/15	En cours - Retard (plus de 9 mois)
Etude INCa sur les trajectoires de soins de patients atteints d'un cancer du sein réalisée à partir des données du PMSI et du SNIIRAM	31/12/15	Terminé
Mise en place d'une veille scientifique sur prises en charge et techniques émergentes en cancérologie (DGOS avec INCa et l'ASN, en lien avec sociétés savantes)	31/12/15	Terminé

Jalon	Fin prévue le	État du Jalon
Recommandations INCa/HAS et recommandations de pratiques professionnelles	31/12/15	En cours - Retard (plus de 9 mois)
Circulaire DGOS campagne budgétaire pour 2016 : lancement d'un recueil d'activité ad hoc DGOS/ATIH sur les primo-prescriptions de chimiothérapie orale, accompagné d'un guide de premiers éléments de contour de la PPCO	01/06/16	Terminé
Identification des leviers selon les problématiques identifiées : méthode de travail, calendrier	31/12/16	Terminé

Le calendrier de cette action a été décalé, en lien avec le calendrier de production par l'INCa des recommandations prévues sur les évolutions constatées en chimiothérapie orale et soins de support.
La question de la prise en compte des innovations fait partie du champ de réflexion du CORETAH cancer qui a été constitué en mai 2014 par la DGOS pour anticiper l'impact des évolutions de parcours en cancérologie sur les organisations et les financements. Trois réunions plénières du comité se sont tenues et ont arrêté les priorités de travail: la promotion des prises en charge ambulatoires, l'accompagnement de l'essor des chimiothérapies orales et l'accompagnement de l'évolution des soins de support. Pour approfondir la réflexion sur ces thématiques prioritaires, trois groupes de travail techniques ont été constitués et ont démarré en novembre 2014 leurs travaux. A l'issue d'un partage préalable d'éléments de constat (phase en cours), ils ont présenté début 2016 au comité plénier leur analyse et leurs propositions pour permettre de répondre au mieux à ces enjeux.
Chacun des trois groupes de travail s'est réuni deux fois en lien avec les fédérations hospitalières, les représentants de la médecine de ville et la Ligue nationale de lutte contre le cancer.
Cette réflexion a démarré fin 2014- 1er trimestre 2015 par une enquête auprès des acteurs sur les besoins d'évolution de cette activité, de son organisation et de son financement.
Dans ce cadre, la DGOS a rencontré, en lien avec l'INCa, les sociétés savantes du champ de la cancérologie (SFC, SFH, SFCE) ainsi que le groupe interface ARS du Plan cancer.
A partir de ces enseignements, les travaux techniques visant à cadrer l'organisation et à adapter le financement de ces activités ont démarré :
- saisine DGOS de l'INCa en juillet 2015 pour l'élaboration des prérequis organisationnels transversaux (chemin clinique) de la chimiothérapie orale. Deux documents INCa ont été remis à la DGOS en 2016: "Projections à court, moyen et long termes du développement des chimiothérapies orales" (avril 2016) et "Parcours de soins d'un patient traité par anticancéreux oraux" (juillet 2016)
- saisine DGOS de l'INCa en juillet 2015 sur le panier de soins de support, permettant de clarifier les prestations de support prioritaires mobilisables à l'appui du parcours cancer. Le document INCa a été remis à la DGOS en 2016 "Axes opportuns d'évolution du panier de soins oncologiques de support" (juin 2016)
- élaboration en cours par la DGOS de projets de deux cahiers des charges sur le cadre organisationnel territorial : de la chimiothérapie orale ; des soins de supports. Ils fixeront des organisations cibles et tiendront compte notamment des liens entre l'hôpital et la médecine de ville dans le parcours de soins des patients. Le calendrier prévu est la publication de deux instructions au premier semestre 2017 sur la base notamment de l'état des lieux DGOS précité et des prérequis établis par l'INCa
- dans le cadre de la campagne budgétaire 2016, la DGOS prépare une proposition de financement de la primoprescription de chimiothérapie orale pour les titulaires d'autorisation d'exercer l'activité de traitement du cancer. A cet effet, la DGOS a également mis en place début 2016 un recueil d'activité des consultations de primoprescription réalisées au sein des établissements de santé titulaires d'une autorisation d'exercer l'activité de traitement par chimiothérapie. Les travaux de modélisation de ce financement sont en cours à la DGOS sur la base des travaux INCa.

N°	Libellé	Responsable de l'action	Jalons terminés	État calculé de l'action
17.4	Redéfinir les critères d'évaluation et de jugement du caractère innovant et de la valeur ajoutée d'une molécule permettant d'accélérer l'accès des patients aux réelles innovations : cette action sera mise en œuvre dans le cadre de l'action 5.7.	INCa		Mise en œuvre dans le cadre de l'action 5.7.

Sous objectif : Inciter à la fluidité des parcours par des mécanismes financiers innovants

N°	Libellé	Responsable de l'action	Jalons terminés	État calculé de l'action
17.5	Engager, dans le cadre du Comité de réforme de la tarification hospitalière et dans le cadre des travaux sur les nouveaux modes de rémunération dans le cadre conventionnel, une réflexion sur une évolution des modes de financement apte à garantir un parcours fluide et sûr (notamment entre ville et hôpital) et une prise en charge globale (intégrant les soins de support) dans le champ du cancer : cette action sera mise en œuvre dans le cadre de l'action 17.3.	DGOS		Mise en œuvre dans le cadre de l'action 17.3.

N°	Libellé	Responsable de l'action	Jalons terminés	État calculé de l'action
17.6	Mettre en œuvre dans le domaine du cancer une des expérimentations de « tarification au parcours ».	DGOS	6 sur 9 (67%)	Retard (plus de 9 mois)

Jalon	Fin prévue le	État du Jalon
Document INCa de synthèse des recommandations nationales et internationales sur la radiothérapie pour le cancer du sein et le cancer de la prostate remis au ministère	01/05/15	Terminé
Synthèse des recommandations nationales et internationales sur la radiothérapie pour les cancers du sein et de la prostate remise au ministère (INCa)	01/05/15	Terminé
Enquête de coûts de la radiothérapie oncologique (ATIH) et analyse nationale DGOS/ ATIH	01/07/15	Terminé
Enquête de pratique de la radiothérapie (centres hospitaliers et libéraux) pour les cancers sein et prostate (ATIH) et analyse nationale par la DGOS/ATIH	01/07/15	Terminé
Lancement des travaux de modèlisation à partir de propositions DGOS sur le périmètre et les schémas de financement de la radiothérapie oncologique et recensement des avis et propositions de principes de modèles de financement auprès du COPIL ad hoc.	01/07/15	En cours - Retard (plus de 9 mois)
Publication de recommandations INCa sur la radiothérapie du cancer du sein in situ	01/07/15	Terminé
Expérimentation de forfaits en radiothérapie : cf. action 3.13	31/12/15	Terminé
Expertise INCa sollicité par la DGOS sur les évolutions proposées dans le cadre du COPIL expérimentation d'un nouveau modèle de financement de la radiothérapie pour le cancer du sein et le cancer de la prostate	31/12/15	En cours - Retard (plus de 9 mois)

A/ Les travaux de modélisation du financement en radiothérapie n'ont pu démarrer qu'à partir du dernier trimestre 2015, après une phase plus longue que prévu de recueil des recommandations de l'INCa et d'état des pratiques et coûts auprès des professionnels.
Les travaux expérimentaux, conduits en application de l'article 43 de la LFSS pour 2014 en vue d'un nouveau modèle de financement de la radiothérapie, concourront au rapprochement des systèmes de codage et tarification de la radiothérapie publique et privée. L'expérimentation a démarré en début d'année 2014 sur les localisations sein et prostate avec la conduite dans un premier temps de travaux d'expertise : appel à candidature en mars 2014 auprès d'équipes de radiothérapie volontaires ; démarrage des enquêtes de coût et de pratiques en juillet 2014.
Au total, 63 centres de radiothérapie se sont mobilisés pour l'enquête de pratiques, dont 30 ont participé également à l'étude de coûts.
- Restitution des résultats des enquêtes de pratiques et de coûts en groupe technique pilotée par la DGOS/ATIH puis dans le cadre du COPIL Expérimentation d'un nouveau modèle de financement de la radiothérapie début juillet 2015.
- Transmission en mai 2015 par l'INCa des travaux sur les recommandations internationales et nationales concernant la radiothérapie pour les localisations sein et prostate. Ces travaux qui prennent en compte le projet de recommandations SFRO 2015, avaient été sollicités par la DGOS pour préparer cette expérimentation.
Sur la base des conclusions de ces enquêtes et des travaux INCa, se sont engagés au second semestre 2015, les travaux DGOS permettant de définir le modèle de financement innovant le plus approprié.
Par ailleurs, les constructeurs et éditeurs de logiciels ont été sollicités en vue de l'adaptation des systèmes d'information pour la facturation et le recueil médicalisé de soins.
- L'année 2016 a été consacrée, en concertation avec l'ensemble des acteurs concernés, à la détermination des éléments du périmètre du nouveau modèle et à l'élaboration d'une proposition partagée, de type forfaitaire, fondée sur une approche par technique de radiothérapie.
Ce modèle, désormais en cours de finalisation, va donner lieu à une première année d'expérimentation «à blanc » en 2017, avec la mise en place d'un recueil d'information médicalisée dédié en cours d'élaboration.
Les recommandations "RECORAD" publiées par la SFRO en octobre 2016 contribueront à l'expérimentation.
B/ Les travaux sur la tarification au parcours ont donné la priorité au champ de la radiothérapie, au travers de l'expérimentation radiothérapie au regard de trois enjeux majeurs : mieux prendre en compte la notion de parcours du patient, l'évolution des techniques et thérapeutiques et les impératifs de qualité et de sécurité des soins ; Incitation aux bonnes pratiques et de neutralité du statut juridique des acteurs (hospitalier ou libéral) ; Contexte de la nécessaire régulation des dépenses de santé (mieux maîtriser le taux de croissance du volume économique de la radiothérapie).
Néanmoins, la stratégie de travail autour du financement au parcours comporte trois orientations majeures :
1) L'expérimentation radiothérapie (actions 17-6)
2) Le financement de «temps» importants du parcours : cf. les travaux de valorisation de la consultation de primo-prescription de chimiothérapie orale (action 3-2)
3) Le financement de dispositifs de coordination : cg. Le financement de l'expérimentation des infirmiers de coordination en cancérologie (action 16-5)

N°	Libellé	Responsable de l'action	Jalons terminés	État calculé de l'action
17.7	Apporter des solutions aux établissements de santé de soins de suite et de réadaptation, aux unités de soins de longue durée, aux maisons de retraite et aux maisons d'accueil spécialisées, concernant le financement des molécules onéreuses.	DGOS	0 sur 3 (0%)	Retard (plus de 9 mois)

Jalon	Fin prévue le	État du Jalon
Objectivation de la consommation réelle en molécules onéreuses, en particulier en cancérologie, dans les secteurs DAF et OQN	30/06/15	En cours - Retard (plus de 9 mois)
Consolidation de la MO issue du MCO et enrichie des spécialités SSR	31/12/15	Non débuté - Retard (plus de 9 mois)
Lancement du compartiment MO pour l'ensemble des SSR, comme un élément du modèle de financement	30/06/16	En cours - Retard (de 3 à 9 mois)

La réforme du financement des établissements de soins de suite et de réadaptation (SSR), portée par l'article 49 de la loi de financement de sécurité sociale 2016, prévoit la création d'un compartiment de financement pour les molécules onéreuses. L'objectif de ce dernier est de permettre aux établissements de santé de dispenser des traitements innovants, non captables par la classification. Sont particulièrement concernés les traitements intercurrents, qui sont aujourd'hui un obstacle à la prise en charge en SSR de patients atteints de pathologies chroniques (HIV, cancer par exemple) et qui, de ce fait, sont amenés à rester inutilement dans des lits de MCO.
La liste des molécules SSR comprend trois types de molécules : les molécules onéreuses du secteur de médecine, chirurgie et obstétrique (MCO) pour permettre la fluidité des parcours, les traitements intercurrents dont le coût journalier est supérieur à une fraction du prix de journée moyen ainsi que des molécules spécifiques au SSR (ex. toxine botulique).
Le mécanisme de régulation prévu est innovant : il repose sur une enveloppe cible définie en début d'exercice. Les molécules onéreuses remontées dans FICHCOMP sont remboursées sur la base de la consommation réelle valorisée au tarif minoré d'un coefficient. Si en fin d'exercice, l'enveloppe n'est pas consommée, alors le montant correspondant au coefficient minorateur est reversé ex- post au prorata des dépenses.

Sous objectif : Dégager des marges de manœuvre pour financer l'innovation

N°	Libellé	Responsable de l'action	Jalons terminés	État calculé de l'action
17.8	Accélérer en lien avec les travaux issus du contrat de filière des industries de santé le processus de tarification des actes et traitements innovants validés en pratique clinique afin de permettre le redéploiement des financements d'initiation de l'INCa et de la DGOS vers des actes et dispositifs émergents : cette action sera mise en œuvre dans le cadre des actions 5.11 et 5.12.	DGOS		Mise en œuvre dans le cadre des actions 5.11 et 5.12.

N°	Libellé	Responsable de l'action	Jalons terminés	État calculé de l'action
17.9	Favoriser grâce au suivi de la qualité des pratiques cliniques, à des critères d'agrément exigeants et aux recommandations de bonne pratique la pertinence des actes et la focalisation des moyens sur les prises en charge conformes aux standards : cette action sera mise en œuvre dans le cadre des actions 1.10, 2.4, 2.6 et 2.7.	DGOS		Mise en œuvre dans le cadre des actions 1.10, 2.4, 2.6 et 2.7.

N°	Libellé	Responsable de l'action	Jalons terminés	État calculé de l'action
17.10	Contribuer, grâce aux campagnes d'information sur les dépistages organisés des cancers, à la réduction des actes de dépistage inopportuns par leur nature ou leur fréquence : cette action sera mise en œuvre dans le cadre de l'action 1.10.	INCa		Mise en œuvre dans le cadre de l'action 1.10.

Sous objectif : Maintenir un haut niveau d'exigence dans les choix de financement de la recherche

N°	Libellé	Responsable de l'action	Jalons terminés	État calculé de l'action
17.11	Maintenir le principe d'appels à projets libres et compétitifs comme principale modalité de sélection des projets de recherche sur le cancer : cette action sera mise en œuvre dans le cadre de l'action 13.1.	INCa		Mise en œuvre dans le cadre de l'action 13.1.

N°	Libellé	Responsable de l'action	Jalons terminés	État calculé de l'action
17.12	Conforter le suivi scientifique des projets financés.	INCa; ITMO cancer	2 sur 7 (29%)	Retard (plus de 9 mois)

Jalon	Fin prévue le	État du Jalon
Mission AVIESAN pour la programmation de la recherche en santé	31/12/15	Terminé
GIPSI	01/01/16	En cours - Retard (plus de 9 mois)
Séminaire de restitution du PAIR VADS	08/12/16	Terminé

L'INCa développe actuellement un outil informatique dédié à la soumission, le financement et le suivi des projets sélectionnés (GIPSI, Gestion intégrée des projets suivis par l'INCa). Les spécifications concernant le suivi scientifique sont en cours d'élaboration. Il est notamment prévu que les porteurs de projets puissent soumettre leurs rapports en ligne, ce qui permettra aux référents scientifiques opérationnels d'évaluer et de suivre l'avancement des projets.
Le projet GIPSI a pris du retard en raison de la complexité des applications à développer. Un nouveau prestataire informatique va accompagner l'INCa.
L'INCa et ses partenaires, de même que l'ITMO Cancer et ses partenaires, organisent régulièrement des séminaires de restitution sur les résultats des projets financés .
Le séminaire de restitution de l'état d'avancement des 7 projets de recherche financés par le PAIR dédié aux cancers des VADS a eu lieu le 8 décembre 2016.

N°	Libellé	Responsable de l'action	Jalons terminés	État calculé de l'action
17.13	Développer des outils partagés d'évaluation des projets de la recherche en cancérologie.	INCa	1 sur 5 (20%)	Retard (plus de 9 mois)

Jalon	Fin prévue le	État du Jalon
Démarrage de la réflexion	15/10/14	Terminé
benchmark des outils existants à l'échelle internationale	31/12/15	En cours - Retard (plus de 9 mois)

Septembre 2016 : Validation par l'INCa de la stratégie d'évaluation et de la mesure de l'impact des actions de recherche de l'INCa avec en 2017 :
-Mise en œuvre d'une programmation d'évaluation d'impact des actions de l'INCa dans un cadre multi partenarial
-Validation d'HELIOS comme outil d'analyse et validation des référentiels à partager avec les partenaires d'HELIOS

ANNEXE : LEXIQUE

AAP	Appel à projets
ABM	Agence de la biomédecine
ACAATA	Allocation de cessation anticipée d'activité des travailleurs de l'amiante
ACP	Anatomocytopathologie
ACSÉ	Agence nationale pour la cohésion sociale et l'égalité des chances
AcSé	Accès sécurisé à des thérapies ciblées innovantes (programme)
ADSSU	Association des directeurs des services de santé universitaires
AEEH	Allocation d'éducation de l'enfant handicapé
AERAS	S'Assurer et emprunter avec un risque aggravé de santé (convention)
AFCA	Association française de chirurgie ambulatoire
AIEA	Agence internationale de l'énergie atomique
ALD	Affection de longue durée
AMM	Autorisation de mise sur le marché
AMP	Aide médico-psychologique
ANACT	Agence nationale pour l'amélioration des conditions de travail
ANFH	Association nationale pour la formation permanente du personnel hospitalier
ANR	Agence nationale de la recherche
ANSES	Agence nationale de sécurité sanitaire de l'alimentation, de l'environnement et du travail
ANSM	Agence nationale de sécurité du médicament
ANRS	Agence nationale de recherche sur le sida et les hépatites B et C
AORTIC	African organization for research and on cancer
APAD	Assistance pédagogique à domicile
ARACT	Agence régionale pour l'amélioration des conditions de travail
ARS	Agence régionale de santé
ASIP Santé	Agence des systèmes d'information partagés de santé
ASCO	American society of clinical oncology
ASN	Autorité de sûreté nucléaire
ATIH	Agence technique de l'information sur l'hospitalisation
ATIP	Action thématique et incitative sur programme
AVIESAN	Alliance pour les sciences de la vie et de la santé
CARSAT	Caisse d'assurance retraite et de santé au travail
CCAM	Classification commune des actes médicaux
CDP	Conditions de prescription et de délivrance
CeGIDD	Centre gratuit d'information de dépistage et de diagnostic
CCLAT	Convention cadre pour la lutte anti-tabac (Organisation mondiale de la santé)
CLAD	Comité local d'accompagnement du dépistage
CMR	Cancérogènes et/ou mutagènes et/ou toxiques pour la reproduction
CNAV	Caisse nationale d'assurance vieillesse
CNCT	Comité national contre le tabagisme
CNOM	Conseil national de l'ordre des médecins
CNRS	Centre national de recherche scientifique
CDAG	Centre de dépistage anonyme et gratuit
CHU	Centre hospitalier universitaire
CIDDIST	Centre d'information, de dépistage et de diagnostic des infections sexuellement transmissibles

CLIP2	Centres labellisés INCa de phase précoce
CIRC	Centre international de recherché sur le cancer (IARC)
CISS	Collectif inter-associatif de la santé
CJC	Consultation jeune consommateur
CLC	Contrats locaux de santé
CLCC	Centre de lutte contre le cancer
Cnamts	Caisse nationale d'Assurance maladie pour les travailleurs salariés
CMU	Couverture maladie universelle
CMU-C	Couverture maladie universelle complémentaire
CNED	Centre national d'enseignement à distance
CNEMMOP	Commission nationale des études de maïeutique, médecine, onthologie et pharmacie
CNSA	Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie
COP	Contrat d'objectifs et de performance
CPOM	Contrat d'objectifs et de moyens
CRSA	Conférence régionale de santé et d'autonomie
CSAPA	Centres de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie
CEPS	Comité économique des produits de santé
CORETAH	Comité de réforme de la tarification hospitalière
COSTRAT	Comité Stratégique sur le dépistage
CNG	Centre national de génotypage
CRLCC	Centres régionaux de lutte contre le cancer
CVP	Centre de vaccination public
3C	Centre de coordination en cancérologie
DOM	Département d'outre-mer
DES	Diplôme d'études spécialisées
DCC	Dossier communicant de cancérologie
DMP	Dossier médical personnel
DPC	Développement professionnel continu
DGAFP	Direction générale de l'administration et de la fonction publique
DGRI	Direction générale pour la recherche et l'innovation
DGS	Direction générale de la santé
DGCS	Direction générale de la cohésion sociale
DGEC	Direction générale de l'énergie et du climat
DGEFP	Délégation générale à l'emploi et la formation professionnelle
DGESCO	Direction générale de l'enseignement scolaire
DGESIP	Direction générale de l'enseignement supérieur et de l'insertion professionnelle
DGPR	Direction générale de la prévention des risques
DGOM	Direction générale des outre mer
DGOS	Direction générale de l'offre de soins
DGT	Direction générale du travail
Direccte	Directions régionales des entreprises, de la concurrence, de la consommation, du travail et de l'emploi
DSS	Direction de la sécurité sociale
DSSIS	Délégation à la stratégie des systèmes d'information de santé
EHESS	Ecole des hautes études en sciences sociales
EHESP	Ecoles des hautes études en santé publique
EHPAD	Établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes
EMRC	Équipe mobile de recherche clinique
EPST	Établissement public à caractère scientifique et technologique

ESAT	Établissement et service d'aide par le travail
ESMS	Etablissements et services sociaux et médico-sociaux
ESCO	European society for medical oncology
EURATOM	European Atomic Energy Community
ETP	Éducation thérapeutique du patient
FNPEIS	Fonds national de prévention, d'éducation et d'information sanitaire
FRCP	Fiche de synthèse de la décision thérapeutique de la réunion de concertation pluridisciplinaire
FIR	Fonds d'intervention régional
GAST	Groupe d'alerte santé-travail
GRED	Groupe de réflexion sur l'éthique de dépistage
HAS	Haute Autorité de santé
HAD	Hospitalisation à domicile
HCSP	Haut Conseil de santé publique
HCL	Hospices Civils de Lyon
HPV	Papillomavirus humain
HTE	Hétérogénéité tumorale et écosystème
IDE	Infirmier diplômé d'État
IDS	Institut des données de santé
INCa	Institut national du cancer
ICGC	International cancer génome consortium
Insee	Institut national de la statistique et des études économiques
Inserm	Institut national de la santé et de la recherche médicale
IRD	Institut de recherche pour le développement
IGRT	Image-Guided Radio-Therapy
IRIS	Ilots regroupés pour l'information statistique
IRM	Imagerie par résonance magnétique
IQSS	Indicateur de qualité et de sécurité des soins
IReSP	Institut de recherche en santé publique
ITMO cancer	Institut thématique multi-organismes sur le cancer
ITMO SP	Institut thématique multi-organismes Santé publique
ITMO TS	Institut thématique multi-organismes Technologies de santé
LFSS	Loi de financement de la sécurité sociale
MAS-FAM	Maison d'accueil spécialisée et foyer d'accueil médicalisé
MCO	Médecine chirurgie obstétrique
MDPH	Maison départementale des personnes handicapées
MILDECA	Mission interministérielle de lutte contre la drogue et les addictions
MILDT	Mission interministérielle de lutte contre la drogue et la toxicomanie
MSSanté	Messagerie sécurisée de santé
NABM	Nomenclature des actes de biologie médicale
NACRE	National alimentation cancer recherche
NGS	Next Generation Sequencing
NIR	Numéro d'inscription au répertoire des personnes physiques
OFDT	Observatoire français des drogues et des toxicomanies
OFT	Office français de prévention du tabagisme
OMEDIT	Observatoire du médicament, des dispositifs médicaux et des innovations thérapeutiques
OMS	Organisation mondiale de la santé
ONDPS	Observatoire national de la démographie des professions de santé
ONDAM	Objectif national des dépenses d'assurance maladie
ORL	Oto-rhino-laryngologie

ORS	Observatoire régional de santé
PAI	Projet d'accueil individualisé
PIA	Programme d'investissements d'avenir
PARP	Poly (ADP ribose) polymérase
PAIR	Programme d'actions intégrées de recherche
PHRC	Programme hospitalier de recherche clinique
PMI	Centre de Protection maternelle infantile
PMSI	Programme de médicalisation des systèmes d'information
PNNS	Programme national nutrition santé
PNREST	Programme national de recherche en environnement santé travail
PNRT	Programme national de réduction du tabagisme
PNSE	Plan national santé environnement
PRME	Programme de recherche médico-économique
PREPS	Programme de recherche sur la performance du système des soins
PPS	Programme personnalisé de soins
PPAC	Programme personnalisé d'après cancer
PSA	Prostate specific antigen
PST	Plan Santé Travail
RCMI	Radiothérapie conformationnelle par modulation d'intensité
ROA	Rayonnement optique artificiel
ROR	Répertoire opérationnel de ressources
RTU	Référentiel temporaire d'utilisation
RCP	Réunion de concertation pluridisciplinaire
RRC	Réseau régional de cancérologie
RPIB	Repérage précoce et intervention brève
RCMI	Radiothérapie conformationnelle avec modulation d'intensité
SAMETH	Service d'appui au maintien dans l'emploi des travailleurs handicapés
SDSP	Service départemental de santé publique
SFR	Société française de radiologie
SFROP	Société française de radiothérapie oncologique
SGMAP	Secrétariat général pour la modernisation de l'action publique
SGMAS	Secrétariat général des ministères chargé des affaires sociales
SIRIC	Site de recherche intégré sur le cancer
SNIIRAM	Système national d'information interrégimes de l'assurance maladie
SOS	Soin oncologique de support
SpF	Santé Publique France
SROS	Schéma régional d'organisation des soins
SUMPPS	Service universitaire de médecine préventive et de promotion de la santé
TNS	Traitement nicotinique de substitution
TROD	Test rapide d'orientation diagnostique
UCOG	Unité de coordination en oncogériatrie
URPS	Unions régionales des professions de santé
UV	Ultraviolets (rayons)
VICAN	Vie après un cancer (enquête)
VADS	Voies aérodigestives supérieures
VIH	Virus de l'immunodéficience humaine
VHB	Virus de l'hépatite B
VHC	Virus de l'hépatite C
3C	Centres de coordination en cancérologie

LES PILOTES
DU PLAN CANCER 2014-2019

Liberté • Égalité • Fraternité
RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

MINISTÈRE DE L'ÉDUCATION NATIONALE,
DE L'ENSEIGNEMENT SUPÉRIEUR
ET DE LA RECHERCHE

MINISTÈRE DES AFFAIRES SOCIALES
ET DE LA SANTÉ

MINISTÈRE DES FINANCES
ET DES COMPTES PUBLICS

MINISTÈRE DE L'ÉCOLOGIE,
DU DÉVELOPPEMENT DURABLE
ET DE L'ÉNERGIE

MINISTÈRE DE LA DÉCENTRALISATION
ET DE LA FONCTION PUBLIQUE

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

MINISTÈRE DES OUTRE-MER

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

ars Agence Régionale de Santé

UNCAM

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

Institut de Recherche en Santé Publique
GIS-IReSP

leciss

UNAPECLE
Avec les enfants
atteints de cancer
ou de leucémie

asipsanté
AGENCE DES SYSTÈMES
D'INFORMATION
PARTAGÉS DE SANTÉ

FONDATION ARC
POUR LA RECHERCHE
SUR LE CANCER
Reconnue d'utilité publique
www.arc-cancer.net

asn
AUTORITÉ
DE SÛRETÉ
NUCLÉAIRE

ansm
Agence nationale de sécurité du médicament
et des produits de santé

LA LIGUE
CONTRE LE CANCER

agence de la
biomédecine

Comité économique
des produits de santé

INSTITUT
NATIONAL
DU CANCER

Édité par l'institut National du Cancer
Tous droits réservés - Siren 185 512 777
Conception : INCa
ISSN 2104-953X
ISBN : 978-2-37219-260-6
ISBN net : 978-2-37219-261-3
DEPÔT LÉGAL FÉVRIER 2017

Liberté • Égalité • Fraternité
RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

MINISTÈRE
DE L'ÉDUCATION NATIONALE,
DE L'ENSEIGNEMENT SUPÉRIEUR
ET DE LA RECHERCHE

MINISTÈRE
DES AFFAIRES SOCIALES
ET DE LA SANTÉ

RAPPR17

e-cancer.fr

INSTITUT NATIONAL DU CANCER