

— PLAN  
cancer   
2014-2019

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

Février 2018



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



*Liberté • Égalité • Fraternité*  
RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

---



# Sommaire

## **INTRODUCTION ..... 5**

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

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

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

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

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

- Objectif 10 La stabilité de la prévalence du tabagisme depuis 2010 appelle des mesures fortes..... 43
- Objectif 11 40 % des cancers évitables : des campagnes de communication et des expertises ciblent les facteurs de risque alcool et nutrition ..... 45

## **4. OPTIMISER LE PILOTAGE ET LES ORGANISATIONS ..... 53**

Objectif 14	Le comité de démocratie sanitaire de l'INCa ainsi que les instances décisionnelles des SIRIC et Cancéropôles permettent de faire vivre la démocratie sanitaire .....	58
Objectif 15	Les données d'observation ont été actualisées, consolidées et rendues plus accessibles .....	60
Objectif 16	L'INCa renforce son action européenne et internationale pour faire face aux défis mondiaux de la lutte contre le cancer .....	62

## **SYNTHESE DE L'ETAT D'AVANCEMENT DES ACTIONS DU PLAN CANCER..... 69**

# INTRODUCTION

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

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

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

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

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

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

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

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

# 1. GUÉRIR PLUS DE PERSONNES MALADES

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

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

Actions 1.1, 1.2, 1.3 et 11.8

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

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

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

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

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

### Vers les prescripteurs

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

### Vers le grand public

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

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

## Couverture vaccinale HPV

24,4 % pour une dose à 15 ans

19,1 % pour le schéma complet à 16 ans

36 500 professionnels de santé

et 17 sociétés savantes

sensibilisées à la vaccination HPV

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

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

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

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



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

Actions 1.6 et 1.9

### Une information renouvelée pour les 9 millions de femmes invitées

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

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

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

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

### La dématérialisation des mammographies fait l'objet d'expérimentations

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

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

### Action 1.6

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

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

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

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

18 000 décès annuels du cancer colorectal

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

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

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

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

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

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

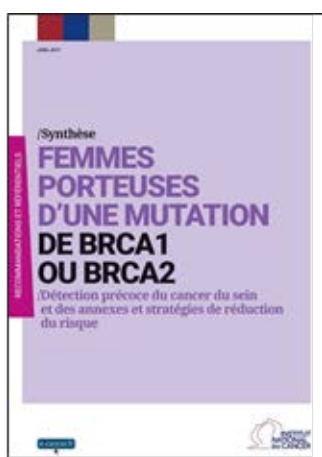
Enfin, les ARS ont soutenu les démarches adaptant les stratégies aux personnes sous main de justice : animation d'ateliers santé sur le dépistage du cancer colorectal, entretiens individuels avec une infirmière référente, mise à disposition de tests et réalisation de mammographies et frottis, avec accompagnement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

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

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

#### Action 2.7

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



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

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

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

#### 3 nouvelles recommandations

de bonnes pratiques publiées, dont 1 recommandation labellisée INCa

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

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

4 avis d'experts élaborés



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

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



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

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



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

### Actions 2.13 et 2.15

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

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

## Les dossiers médicaux électroniques des patients sont mieux partagés

### Action 2.19

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

### Le déploiement du dossier communicant en cancérologie

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

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

96 % des fiches des réunions de concertation pluridisciplinaires dématérialisées

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Actions 3.12, 17.5 et 17.6

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

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

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

4 100 000 séances (+5 % depuis 2012)

Source : Observatoire de la radiologie

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

Actions 3.2 et 17.5

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

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



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

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

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

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

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

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

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

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

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

#### Action 4.4

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

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

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

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

Un nouveau diplôme d'études spécialisées en oncologie

#### 2 nouvelles formations spécialisées transversales en cancérologie

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

#### Action 4.2

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

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

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

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

### **Action 4.3**

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

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

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

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

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

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

#### Action 5.6

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

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

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

AcSé ESMART  
70 enfants traités dans près  
de 20 pathologies

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

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

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

AcSé Immunothérapie  
et cancers rares  
60 patients inclus en 6 mois

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

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

## Un financement renforcé de l'innovation pharmaceutique

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

### Action 5.10

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

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

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

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

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

449 établissements, contre 171 en 2013

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

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

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

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

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

### Objectif 5

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

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

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

#### Actions 6.3, 6.4, et 6.5

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

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

### L'accès aux tests moléculaires

91 % des patients nécessitant ce test en ont bénéficié

18 jours pour réaliser un test (délai médian)

Pas de disparités territoriales

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

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

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

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

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

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

## Le séquençage de nouvelle génération

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

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

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

Source : 2 enquêtes réalisées en 2016 avec 5 ARS

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

### Action 6.1

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

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

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

Essai européen PAOLA1, 2,5 ans après son lancement

1 180 patientes européennes testées par les 5 centres français

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

806 inclusions dont 329 patientes françaises

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

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

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

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

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



## L'immunothérapie modifie les stratégies thérapeutiques

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

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

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

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

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

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

### Actions 6.5 et 6.6

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

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

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

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

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

### DÉPISTAGES

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

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

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

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

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

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

### INFORMATION SUR LES ESSAIS CLINIQUES

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

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



## 2. PRÉSERVER LA CONTINUITÉ ET QUALITÉ DE VIE

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

#### Les principes de l'annonce évoluent

##### Action 7.2

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

#### Dispositif d'annonce

84 % des établissements l'ont mis en place

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

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

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

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

##### Action 7.6

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

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

### Action 7.6

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

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

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

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

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

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

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

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

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

#### Action 7.15

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

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

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

#### Expérimentation « patient ressource »

93 patients ressource « témoin » formés

34 patients ressource « parcours » formés

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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



## L'hébergement non médicalisé de proximité est développé

### Action 7.11

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

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

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

### Soutien financier des « hôtels pour patients »

41 structures sélectionnées pour un soutien financier de 3 ans

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

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

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

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

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

#### Action 7.13

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

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

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

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

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

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

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

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

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

##### Action 8.6

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

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

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

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

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

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

Quatre chantiers complémentaires sont en cours :

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

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

### Action 8.7

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

Appel à projets prévention tertiaire

2,15 M€ pour 5 projets

## La structuration de préservation de la fertilité se poursuit

### Action 8.1

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

#### Action 9.13

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

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

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

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

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

#### Action 9.5

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

### Actions 9.1 et 9.2

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

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



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

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

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



## 3. INVESTIR LA PRÉVENTION ET LA RECHERCHE

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

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

28,7 % des 15 à 75 ans fument quotidiennement

Source : Baromètre santé 2016, mai 2017

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

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

Le #MoisSansTabac a été renouvelé en 2017

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

155 000 inscrits à #MoisSansTabac en 2017

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

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

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

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

### Priorité Tabac finance des projets de recherche pluridisciplinaire

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

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

## PRIORITE tabac

18 projets financés à hauteur de 9 M€ depuis 2016

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

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

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

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

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

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

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

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

#### Action 11.3

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

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

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

### Alcool

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

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

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

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

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

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

##### Action 11.4

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

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

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

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

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

### Action 11.5

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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



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

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

### Action 11.2

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

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

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



38 millions de personnes exposées à la campagne

1 000 affiches interactives dans des centres commerciaux

140 titres de presse nationaux et régionaux

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

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

### Campagne « Bouger Plus »

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

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

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



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

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

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

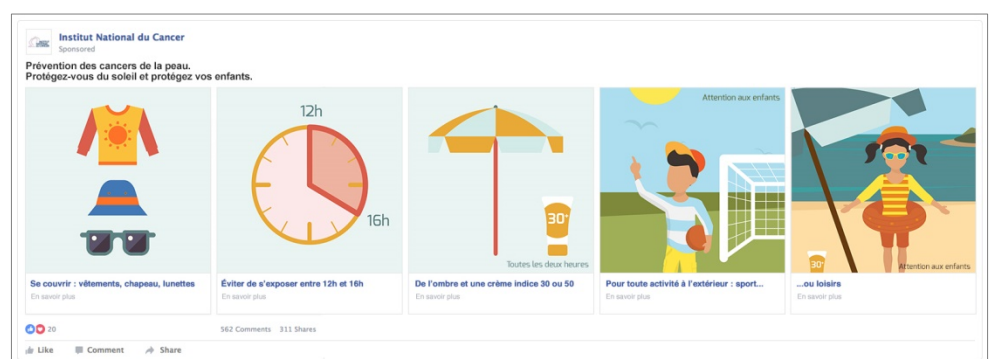
### Action 12.8

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

## Campagne prévention solaire

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

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



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

### Action 11.11

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

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

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

#### Action 12.6

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

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

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

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

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

## 4. OPTIMISER LE PILOTAGE ET LES ORGANISATIONS

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

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

Actions 13.1, 13.2, 17.11

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

### Action 13.5

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

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

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

nextGEN  
nano cancer

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

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

cancer  
IMMUNOTHERAPY 2017  
PROGRESSES & CHALLENGES

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



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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

#### **Action 14.1**

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

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

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

#### **Action 14.1**

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

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

Au sein des SIRIC, des représentants de patients pourront être consultés via leur participation aux comités de management, via les comités de patients déjà existants au sein des institutions partenaires, ou par tout autre moyen mis en place. Les représentants de patients devront être associés autant que possible au niveau des programmes de recherche développés par les SIRIC, en particulier dans l'élaboration et la mise en place de leurs nouveaux grands projets scientifiques. Enfin, la stratégie de diffusion des nouvelles connaissances et nouvelles pratiques produites par les SIRIC auprès du grand public et des patients devra être élaborée.

Dans le but d'impliquer des représentants de patients de façon pertinente, régulière et efficace aussi bien au niveau de la gouvernance qu'à d'autres niveaux de leurs actions, les

Cancéropôles devront s'appuyer sur des associations locales, régionales ou nationales, afin qu'une confiance et un apprentissage mutuels aboutissent à des échanges constructifs.

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

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

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

---

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

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

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

#### Action 15.9

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

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

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

#### Action 15.7

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

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

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

#### En 2017

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Actions 16.9 et 16.10

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

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

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

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

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

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

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

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

##### Action 9.5

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

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

#### Des réseaux de coopération internationale diversifiés

##### Actions 16.9 et 16.10

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

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

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

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

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

Actions 16.9 et 16.10

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

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



## La régionalisation des structures de dépistage est engagée

Actions 16.4 et 16.5

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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



# SYNTHÈSE DE L'ÉTAT D'AVANCEMENT DES ACTIONS DU PLAN CANCER

## Synthèse de l'état d'avancement des 208 actions 1 janvier 2018 par rapport à l'ensemble des jalons du Plan

### 48 actions achevées

N°	Nom de l'action	Nombre de Jalons		
		Total	Terminés	
2.13	Assurer aux adolescents et jeunes adultes une prise en charge tenant compte de leur spécificité et s'attachant au maintien du lien social.	4	4	100%
2.17	Inclure une formation en gériatrie dans le DES d'oncologie et dans la formation de cancérologie.	4	4	100%
3.5	Préciser, en lien avec les professionnels et sur la base de données de la littérature, les actes de chirurgie oncologique pouvant être réalisés en ambulatoire.	1	1	100%
3.6	Pour les actes de chirurgie en ambulatoire ayant démontré leur bénéfice pour les patients et leur faisabilité, les inscrire dans la politique d'incitation tarifaire ou de contractualisation et mettre en place des indicateurs de qualité et de sécurité des soins.	4	4	100%
3.9	Favoriser la diffusion et l'évaluation des techniques de radiologie interventionnelle par les établissements pilotes.	1	1	100%
4.4	Améliorer la formation diplômante des médecins cancérologues.	5	5	100%
4.6	Améliorer la formation des professionnels de l'anatomocyto-pathologie.	4	4	100%
4.7	Pour réduire les inégalités territoriales, éclairer les décisions publiques dans l'ouverture de postes en cancérologie par un échange annuel entre les ARS, la conférence des présidents d'université, les ministères de la santé et recherche et l'INCa en s'appuyant notamment sur l'analyse de la démographie médicale réalisée par l'INCa et l'ONDPS.	4	4	100%
5.8	Faire évoluer les dispositifs de valorisation des médicaments anticancéreux.	7	7	100%
5.9	Anticiper l'impact économique de l'innovation pour garantir son accès à tous dans la durée.	3	3	100%
5.10	Lutter contre les inégalités d'accès aux médicaments et les pertes de chance.	3	3	100%
5.12	Accélérer le processus de tarification des actes et traitements innovants pour un accès plus rapide.	5	5	100%
7.5	Structurer sous la responsabilité des ARS une organisation territoriale mobilisant les acteurs sanitaires, sociaux et médico-sociaux impliqués pour assurer une prise en charge globale et coordonnée.	8	8	100%
7.8	Apporter des solutions de garde d'enfants pendant les rendez-vous médicaux et les traitements des parents.	3	3	100%
7.9	Faciliter l'accès des personnes atteintes de cancer qui en ont besoin aux aides à domicile.	4	4	100%
7.10	Mieux prendre en compte les besoins des aidants familiaux ou proches aidants.	2	2	100%
9.2	Veiller aux besoins de compensation liés à la maladie et aux traitements des cancers de l'enfant.	2	2	100%
9.3	Sécuriser le parcours des étudiants atteints de cancer dans l'enseignement supérieur.	6	6	100%
9.8	Permettre un meilleur accès aux revenus de remplacement en cas d'arrêt maladie.	3	3	100%
9.13	Instaurer un « droit à l'oubli ».	5	5	100%
9.15	Clarifier le rôle des médecins traitants et développer l'accompagnement des candidats à l'emprunt pour le remplissage des questionnaires de santé.	3	3	100%
10.2	Renouveler, agrandir et repositionner les avertissements sanitaires (65% de la surface, placés en haut, nouveaux textes et images) des conditionnements des cigarettes et de tabac à rouler, conformément à la directive 2014/40/UE.	3	3	100%
10.3	Interdire la publicité pour le tabac dans les lieux de vente.	1	1	100%
10.8	Interdire le vapotage dans certains lieux collectifs.	2	2	100%
10.9	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.	2	2	100%
10.11	Montrer les méfaits du tabac par une augmentation de la communication en direction des fumeurs.	5	5	100%

N°	Nom de l'action	Nombre de Jalons		
		Total	Terminés	
10.12	Mettre en place un pictogramme « grossesse sans tabac » sur les contenants de produits du tabac.	5	5	100%
10.14	Développer le « e-coaching » (outils réalisés en lien avec l'Institut national de prévention et d'éducation pour la santé et la caisse nationale d'Assurance maladie des travailleurs salariés).	2	2	100%
10.15	Impliquer davantage les médecins généralistes dans la lutte contre le tabagisme, en incluant un indicateur dédié dans la rémunération sur objectif de santé publique.	3	3	100%
10.16	Développer une offre de proximité gratuite d'accompagnement à l'arrêt du tabac par la mobilisation des 430 centres de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie (CSAPA), de leurs 250 consultations jeunes consommateurs (CJC) et des 112 centres d'examen de santé de l'Assurance maladie.	3	3	100%
10.17	Améliorer le remboursement du sevrage du tabagique par le triplement du montant du forfait pour les publics prioritaires : jeunes de 20 à 30 ans, bénéficiaires de la CMU-C, personnes souffrant d'un cancer.	5	5	100%
10.19	Aménager les espaces fumeurs du ministère de manière à valoriser les espaces non fumeurs.	3	3	100%
10.20	Développer l'aide au sevrage du tabac des personnels du ministère.	1	1	100%
10.22	Étudier la mise en place d'un site dédié à la transparence des activités de l'industrie du tabac sur le modèle de celui conçu pour l'industrie pharmaceutique.	4	4	100%
10.23	Créer un fonds dédié à la lutte contre le tabac et accroître les moyens dédiés à cette lutte.	3	3	100%
11.1	Améliorer le respect des mesures d'encadrement de l'offre de l'alcool.	2	2	100%
11.6	Développer l'éducation et la promotion de la nutrition et de la pratique physique.	8	8	100%
11.8	Améliorer la couverture vaccinale anti-VHB en informant la population et les professionnels de santé sur le ratio bénéfice/risque de la vaccination.	4	4	100%
11.11	Développer l'éducation à la santé en milieu scolaire.	3	3	100%
12.6	Réduire l'exposition de la population aux polluants atmosphériques aux valeurs limites européennes définies en 2010.	1	1	100%
13.3	Faire évoluer les formations initiales pour répondre aux besoins de la recherche en cancérologie.	1	1	100%
13.5	Partager les informations et les données aux niveaux national et international entre professionnels et avec le grand public.	4	4	100%
15.6	Mettre à disposition des indicateurs d'évaluation de la lutte contre les cancers.	1	1	100%
15.8	Sécuriser l'accès aux données et l'interopérabilité tout en assurant la confidentialité.	3	3	100%
16.1	Afin de conforter la synergie recherche/santé, affirmer l'INCa comme opérateur des ministères de la santé et la recherche dans le champ du cancer.	2	2	100%
16.3	Associer la MILDT aux actions du Plan cancer à mener dans le domaine de la lutte contre les drogues et les conduites addictives, ainsi qu'à leur suivi.	2	2	100%
16.4	Garantir à l'ARS un appui régional fort dans le champ de la cancérologie en misant sur le rapprochement des structures.	4	4	100%
16.7	À l'issue des cinq années d'existence des 8 SIRIC, organiser en 2016 un nouvel appel à candidatures ouvert aux structures précédemment financées ou à de nouveaux projets.	5	5	100%

### 37 actions en planning respecté avec 72% 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	4	80%
2.8	S'assurer qu'un patient nécessitant une prise en charge complexe soit adressé vers une équipe ayant les compétences et la capacité technique adaptées.	4	3	75%
2.10	Garantir à chaque malade que la proposition thérapeutique qui lui est faite a pu s'appuyer sur l'avis d'une RCP spécialisée lorsque la situation ou la complexité de sa prise en charge le justifie.	4	3	75%

N°	Nom de l'action	Nombre de Jalons		
		Total	Terminés	
5.1	Optimiser l'organisation de la recherche translationnelle en associant les financements institutionnels (DGOS/ITMO Cancer/INCa via le budget de l'ANR) dans des appels à projets uniques de l'INCa.	15	11	73%
5.2	Inclure 50 000 patients par an dans des essais thérapeutiques en 2019.	8	4	50%
5.4	Associer les patients et leurs représentants aux essais cliniques et dans le parcours permettant l'accès à ces recherches.	6	3	50%
5.5	Définir des priorités en matière de développement des médicaments anticancéreux.	7	4	57%
6.1	Faire évoluer le dispositif d'oncogénétique et améliorer son accès.	15	9	60%
6.5	Générer et comprendre les grandes données.	5	3	60%
6.7	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	5	83%
7.13	Rendre accessible aux malades et aux proches une information adaptée.	6	5	83%
7.16	Améliorer l'information sur les essais cliniques en cancérologie.	3	2	67%
8.7	Favoriser l'observation et la recherche dédiée à la prévention des risques de second cancer.	8	6	75%
9.12	Objectiver les restes à charge des personnes atteintes de cancer.	3	2	67%
9.17	Conforter et coordonner les dispositifs d'observation et de recherche sur la vie pendant et après le cancer.	20	18	90%
10.1	Mettre en place le paquet neutre standardisé pour les cigarettes et le tabac à rouler.	8	7	88%
10.4	Interdire les arômes perceptibles dans les produits du tabac, conformément à la directive 2014/40/UE.	5	4	80%
10.7	Habiliter les polices municipales à contrôler l'interdiction de fumer dans les lieux publics.	3	2	67%
10.10	Habiliter les polices municipales à contrôler l'interdiction de vente aux mineurs.	4	3	75%
10.13	Promouvoir auprès des professionnels et du grand public le numéro d'appel unique « 39 89 » et le site tabac-info-service.	7	6	86%
10.24	Mettre à contribution l'industrie du tabac pour financer ce fonds.	5	3	60%
12.1	Renforcer la prévention primaire en milieu de travail pour réduire l'exposition aux agents cancérogènes (biologiques, physiques, chimiques).	12	9	75%
13.1	Garantir l'indépendance et la créativité de la recherche en assurant un taux de financement pour la recherche fondamentale sur le cancer supérieur à 50 % des crédits de l'ensemble des appels à projets de l'INCa et de l'Aviesan cancer.	12	8	67%
13.4	Renforcer l'attractivité des métiers de la recherche en cancérologie.	7	5	71%
14.1	Généraliser pour le cancer la participation des usagers dans les instances de pilotage, de gestion ou de production de soins ou de recherche.	11	8	73%
14.2	Identifier les expériences et les pratiques innovantes en termes de participation des usagers et des personnes malades.	5	1	20%
14.3	Établir un bilan critique de ces expériences et formuler des objectifs et des recommandations pour le déploiement de la démocratie sanitaire dans les instances de pilotage et de coordination.	3	0	0%
14.4	Évaluer de façon qualitative, au terme du Plan cancer, les dispositifs de démocratie sanitaire déployés.	1	0	0%
15.5	Développer l'évaluation en économie de la santé.	8	7	88%
15.9	Valoriser l'observation et les données en permettant leur appropriation et exploitation par le plus grand nombre.	9	7	78%
16.6	Recentrer les missions des 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	8	80%
16.8	Articuler les actions des SIRIC et des cancéropôles pour renforcer les forces de recherche sur un territoire donné.	8	5	63%



N°	Nom de l'action	Nombre de Jalons		
		Total	Terminés	
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.	13	11	85%
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.	16	12	75%
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	8	80%

### 29 actions en retard de moins de 3 mois avec 70% de jalons réalisés

N°	Nom de l'action	Nombre de Jalons		
		Total	Terminés	
1.1	Permettre à chaque femme de 25 à 65 ans l'accès à un dépistage régulier du cancer du col utérin via un programme national de dépistage organisé.	12	7	58%
1.3	Assurer aux femmes chez lesquelles une anomalie a été détectée (cancer du col de l'utérus) une prise en charge adaptée.	4	2	50%
1.9	Améliorer l'information des populations concernées par les dépistages pour leur permettre de faire des choix éclairés.	13	10	77%
2.5	Réviser et faire évoluer les critères d'agrément à la prise en charge du cancer par l'INCa avec l'appui de groupes d'experts, pour améliorer notamment l'orientation des situations complexes.	3	1	33%
2.14	Harmoniser l'organisation des dispositifs de double lecture des prélèvements tumoraux entre les différents cancers rares de l'adulte et mettre en place un dispositif de double lecture des tumeurs solides malignes de l'enfant.	6	4	67%
3.2	Adapter les organisations à l'essor des chimiothérapies orales.	14	13	93%
3.12	Harmoniser et rapprocher le système de codage des actes de radiothérapie dans les secteurs publics et privés, afin de pouvoir piloter une politique nationale en matière de radiothérapie.	13	11	85%
3.14	Évaluer globalement la démarche de qualité/analyse de risque de radiothérapie, mise en place et soutenue dans le cadre du Plan cancer 2009-2013, et inciter les équipes à s'inscrire dans une démarche d'évaluation médico-économique.	14	11	79%
5.6	Adapter les essais cliniques aux évolutions conceptuelles induites par l'arrivée des thérapies ciblées.	10	6	60%
5.7	Faire évoluer les dispositifs d'évaluation des médicaments anticancéreux.	8	6	75%
6.3	Mettre en œuvre dès 2014 des essais cliniques incluant l'analyse de l'exome tumoral sur 3 000 patients atteints de cancers du sein, cancers du côlon, cancers du poumon et sarcomes pour démontrer la faisabilité à grande échelle de ces approches et leur utilité dans la prise en charge des patients.	6	4	67%
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	5	56%
7.6	Assurer une orientation adéquate vers les soins de support pour tous les malades.	6	5	83%
7.15	Soutenir des expériences de « patients ressources » bénévoles et évaluer l'apport et les conditions de leur participation à l'accompagnement des personnes atteintes de cancer.	14	10	71%
8.1	Assurer l'accès à la préservation de la fertilité.	8	3	38%
10.5	Interdire de fumer dans un véhicule en présence de mineurs de moins de 12 ans .	2	1	50%
10.6	Interdire de fumer dans les espaces publics de jeux dédiés aux enfants .	2	1	50%
10.18	Élargir l'éventail des professionnels pouvant intervenir dans la prise en charge de l'arrêt du tabac : médecins des services de prévention (santé au travail, etc.), infirmiers, sages femmes (autorisation pour les sages femmes de prescrire des substituts nicotiques à l'entourage fumeur de femmes enceintes).	5	4	80%
10.21	Élaborer un plan interministériel de lutte contre le commerce illicite de tabac.	8	7	88%
11.14	Faire de la recherche interventionnelle un véritable outil de prévention et de changement de comportements.	19	9	47%

N°	Nom de l'action	Nombre de Jalons		
		Total	Terminés	
12.8	Diminuer l'exposition aux rayonnements ultraviolets artificiels et naturels.	10	8	80%
12.9	Sensibiliser le public sur la façon de réduire l'exposition aux substances classées cancérigènes possibles, notamment chez la femme enceinte et les enfants en bas âge (par exemple exposition aux pesticides et biocides à usage domestique).	6	4	67%
13.2	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%
14.5	Apporter une formation spécifique aux représentants des usagers et à leurs interlocuteurs professionnels (administrateurs ou professionnels de santé et de la recherche) dans un objectif de co-construction des politiques et des actions de lutte contre les cancers.	5	3	60%
15.1	Mieux comprendre les inégalités sociales et géographiques face aux cancers.	7	6	86%
15.10	Assurer la synergie des acteurs dans le domaine de l'observation et de l'évaluation.	7	5	71%
16.2	Renforcer le rôle de pilotage technique et d'animation régulière et décloisonnée des structures de la cancérologie par l'INCa en appui au pilotage stratégique des ministères de la santé et de la recherche.	13	10	77%
17.6	Mettre en œuvre dans le domaine du cancer une des expérimentations de « tarification au parcours ».	9	8	89%
17.12	Conforter le suivi scientifique des projets financés.	6	2	33%

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

N°	Nom de l'action	Nombre de Jalons		
		Total	Terminés	
1.4	Mettre en place une évaluation de la stratégie de lutte contre le cancer du col de l'utérus pour guider et réajuster les dispositifs.	9	3	33%
2.19	Généraliser le dossier communicant de cancérologie (DCC) et mobiliser les outils de communication numérique au service de la coordination ville-hôpital.	19	11	58%
2.20	Faire évoluer les programmes personnalisés de soins (PPS) et de l'après-cancer (PPAC), intégrés à terme dans le DCC, vers des outils opérationnels de déclinaison de la prise en charge et d'interface ville-hôpital. (en lien avec l'action 7.3).	8	5	63%
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.	13	7	54%
6.2	Conforter l'accès aux tests moléculaires.	11	6	55%
7.2	Adapter et renforcer le dispositif d'annonce.	3	1	33%
7.14	Promouvoir le développement de programmes d'éducation thérapeutique des patients.	10	5	50%
8.3	Améliorer la prise en compte des séquelles physiques des traitements des cancers.	8	5	63%
8.4	Systématiser l'accompagnement au sevrage tabagique des malades atteints de cancer.	11	7	64%
8.6	Promouvoir chez les patients atteints de cancer l'activité physique et les comportements nutritionnels adaptés.	6	4	67%
9.18	Étudier les trajectoires des personnes atteintes de cancer à travers les bases de données publiques et les cohortes en population.	10	6	60%
11.12	Éclairer les choix individuels en clarifiant la hiérarchie des facteurs de risque de cancers.	10	8	80%
15.4	Appréhender les parcours de soins grâce à la « cohorte cancer ».	10	8	80%
15.7	Conforter la surveillance et l'observation épidémiologiques des cancers à partir des registres.	11	6	55%

#### 67 actions en retard de plus de 9 mois avec 51% de jalons réalisés

N°	Nom de l'action	Nombre de Jalons		
		Total	Terminés	
1.5	Proposer, par le médecin traitant, à chaque personne la modalité de dépistage et de suivi adaptée à son niveau de risque de cancer du sein ou de cancer colorectal, en intégrant les personnes à risque aggravé dans les programmes de dépistages, avec l'appui des structures de gestion et de l'Assurance maladie.	8	3	38%

N°	Nom de l'action	Nombre de Jalons		
		Total	Terminés	
1.6	Accroître l'efficacité des programmes de dépistage organisé du cancer du sein et du cancer colorectal.	9	6	67%
1.7	Lutter contre les inégalités d'accès et de recours aux programmes de dépistage.	18	11	61%
1.10	Veiller à la pertinence des pratiques en matière de dépistage individuel ; encadrer et limiter les pratiques dont l'efficacité n'est pas avérée voire délétère.	9	4	44%
1.11	Développer et accompagner le transfert des innovations technologiques et organisationnelles en matière de dépistage des cancers.	12	5	42%
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%
2.2	Développer une politique active de maîtrise des délais de prise en charge.	14	7	50%
2.3	Réduire les inégalités territoriales et harmoniser les délais d'accès à l'IRM et à la TEP.	11	6	55%
2.4	Garantir une amélioration de la qualité et sécurité des prises en charge en mobilisant les dispositifs de certification, d'accréditation et en assurant une diffusion publique des indicateurs de qualité.	9	6	67%
2.6	Faire évoluer le périmètre des autorisations de traitement du cancer prenant en compte les changements dans les techniques de prises en charge et l'accès à l'innovation.	16	9	56%
2.7	Définir et diffuser auprès des professionnels de santé et du public les pratiques cliniques de référence.	8	5	63%
2.9	Définir dans chaque discipline de prise en charge ce qui relève d'un équipement de « centre de proximité » et ce qui relève d'une structure de « recours » intégrant des techniques hautement spécialisées.	6	3	50%
2.11	Renforcer les conditions de la réalisation des allogreffes et des autogreffes de cellules souches hématopoïétiques et évaluer le dispositif au regard des besoins territoriaux et de la qualité.	23	8	35%
2.12	Faciliter pour chaque patient l'accès à un second avis concernant sa prise en charge et les options thérapeutiques, conformément à la loi du 4 mars 2002.	7	6	86%
2.15	Identifier et labelliser des centres de référence au niveau national pour les prises en charge des enfants présentant des tumeurs rares.	4	2	50%
2.16	Améliorer la prise en charge des personnes âgées atteintes de cancer et la prise en compte de leurs besoins spécifiques, notamment en s'appuyant sur une recherche clinique renforcée pour cette population.	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%
2.22	Mettre à disposition des professionnels de premier recours des outils de bonnes pratiques pour l'organisation des parcours de soins en ambulatoire.	7	4	57%
3.1	Définir les bonnes pratiques d'utilisation des chimiothérapies orales pour accompagner les professionnels en ville et à l'hôpital.	7	3	43%
3.3	Impliquer le patient en développant l'éducation thérapeutique en cancérologie.	4	1	25%
3.4	Définir les conditions de sécurité et de qualité de délivrance et d'administration des anticancéreux à domicile.	8	5	63%
3.7	Soutenir la réorganisation des services pour le développement de la chirurgie ambulatoire avec une phase d'expérimentations et d'aide à la conduite du changement dans des sites pilotes dans un premier temps.	7	3	43%
3.8	Améliorer la lisibilité de l'offre en identifiant les équipes pratiquant la radiologie interventionnelle, et le repérage des actes concernés et identifier et mener les évolutions nécessaires du dispositif réglementaire et tarifaire.	10	5	50%
3.11	Garantir une offre adaptée en équipements de radiothérapie sur le territoire et en améliorer la lisibilité afin de faciliter les orientations adéquates des patients et réduire les délais d'accès.	12	9	75%
3.15	Organiser un maillage territorial adapté pour les équipements de haute technicité en s'appuyant sur des recommandations sur leurs indications.	12	8	67%
3.16	Réguler au niveau national l'offre en équipement lourd, particulièrement coûteux (exemple : protonthérapie).	7	3	43%
4.1	Créer le métier d'infirmier en pratique avancée et le déployer prioritairement dans le champ de la cancérologie.	5	1	20%

N°	Nom de l'action	Nombre de Jalons		
		Total	Terminés	
4.2	Reconnaître pleinement la profession de radiophysicien en tant que profession de santé en prenant des mesures d'ordre réglementaire dans le code de la santé publique.	5	3	60%
4.3	Reconnaître la profession de dosimétriste en tant que profession de santé.	6	1	17%
4.5	Garantir la qualité des formations initiales et continues en cancérologie.	1	0	0%
5.11	Clarifier le processus de repérage et d'évaluation des innovations technologiques et des évolutions organisationnelles qu'elles engendrent.	11	3	27%
5.13	Accompagner les projets de valorisation des innovations technologiques en imagerie, chirurgie et robotique, et dans les nouvelles sources biophysiques, conformément au contrat de la filière Industries et technologies de santé.	6	4	67%
6.4	Soutenir la mise en œuvre et la réalisation du séquençage à haut débit de l'ensemble des cancers à la fin du Plan.	9	4	44%
7.1	Garantir aux malades une orientation adéquate dès le diagnostic de cancer.	7	2	29%
7.3	Permettre à chacun de disposer de programmes personnalisés de soins et de l'après-cancer prenant en compte l'ensemble de ses besoins.	5	3	60%
7.4	Garantir au patient l'articulation entre l'hôpital et la ville à l'occasion de la consultation de fin de traitement.	7	3	43%
7.7	Améliorer l'accès à des soins de support de qualité.	11	7	64%
8.2	Structurer le suivi de long terme des enfants et adolescents.	2	1	50%
8.5	Mieux prendre en considération la consommation d'alcool des patients atteints de cancer et informer sur ses dangers.	4	1	25%
9.1	Améliorer l'accès aux aménagements pour le maintien de la scolarisation.	7	3	43%
9.4	Parfaire l'offre de solutions adaptées à chaque situation personnelle des personnes atteintes de cancer.	12	5	42%
9.5	Responsabiliser l'entreprise dans toutes ses composantes sur l'objectif de maintien dans l'emploi ou la réinsertion professionnelle.	8	5	63%
9.6	Progresser dans la coordination territoriale des différents acteurs qui interviennent pour le maintien dans l'emploi ou son accès.	12	5	42%
9.7	Valoriser le travail réalisé sur le maintien dans l'emploi pour le faire connaître et le développer.	9	4	44%
9.9	Atténuer les surcoûts pour la famille liés à l'accompagnement d'un enfant malade.	4	3	75%
9.10	Permettre un égal accès aux actes et dispositifs de reconstruction après un cancer.	6	3	50%
9.11	Accroître la prise en charge des prothèses externes (capillaires et mammaires).	6	4	67%
9.14	Harmoniser les questionnaires de santé par pathologie.	1	0	0%
9.16	Suivre l'évolution de l'impact de la convention AERAS sur la durée du Plan.	6	2	33%
11.2	Aider les personnes à l'arrêt de la consommation excessive d'alcool.	4	3	75%
11.3	Améliorer les connaissances sur les liens entre alcool et cancer.	5	4	80%
11.4	Expérimenter et conduire des actions de prévention de la consommation excessive d'alcool.	4	3	75%
11.5	Faciliter les choix alimentaires favorables à la santé.	9	3	33%
11.7	Faciliter pour tous et à tout âge la pratique de l'activité physique au quotidien.	11	10	91%
11.9	Sensibiliser les professionnels de santé à l'intérêt pour leurs patients infectés par le VHB ou le VHC de contrôler leur consommation d'alcool, de tabac et leur poids afin de réduire le risque de cancer du foie.	3	0	0%
11.10	Développer le dépistage des personnes exposées au risque d'hépatite B et C pour favoriser l'accès à la prise en charge.	9	7	78%
12.2	Renforcer le suivi médical des personnes exposées à des risques de cancers professionnels.	4	3	75%
12.3	Améliorer l'identification des cancers d'origine professionnelle pour permettre leur reconnaissance en maladie professionnelle.	10	4	40%
12.4	Soutenir la surveillance épidémiologique et la recherche pour améliorer les connaissances sur les cancers professionnels.	10	2	20%
12.5	Développer l'observation et la surveillance et améliorer la connaissance concernant les cancers liés aux expositions environnementales en population générale.	20	13	65%
12.7	Diminuer l'exposition de la population aux rayonnements ionisants à visée diagnostique.	11	4	36%

N°	Nom de l'action	Nombre de Jalons		
		Total	Terminés	
15.2	Renforcer l'évaluation de l'accès et du recours au dépistage organisé des cancers.	6	1	17%
15.3	Faire du dossier communicant de cancérologie un outil d'observation et d'évaluation des soins au niveau local, régional et national.	7	3	43%
16.5	Structurer l'organisation territoriale de proximité autour de l'objectif de continuité et de globalité des parcours de prise en charge.	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	13	87%
17.7	Apporter des solutions aux établissements de santé de soins de suite et de réadaptation, aux unités de soins de longue durée, aux maisons de retraite et aux maisons d'accueil spécialisées, concernant le financement des molécules onéreuses.	3	0	0%
17.13	Développer des outils partagés d'évaluation des projets de la recherche en cancérologie.	5	0	0%

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

N°	Nom de l'action	Nombre de Jalons		
		Total	Terminés	
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.	0		
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.	0		
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.	0		
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.	0		
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.	0		
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.	0		
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.	0		
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.	0		
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.	0		
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.	0		
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.	0		

N°	Nom de l'action	Nombre de Jalons	
		Total	Terminés
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.	0	
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.	0	

LES PILOTES  
DU PLAN CANCER 2014-2019



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

MINISTÈRE  
DES SOLIDARITÉS  
ET DE LA SANTÉ

MINISTÈRE DE L'ÉCONOMIE  
ET DES FINANCES

MINISTÈRE DE LA TRANSITION ÉCOLOGIQUE  
ET SOLIDAIRE

MINISTÈRE DE L'ACTION  
ET DES COMPTES PUBLICS

MINISTÈRE  
DU TRAVAIL

MINISTÈRE DES OUTRE-MER



*Comité économique  
des produits de santé*



Édité par l'Institut national du cancer  
Tous droits réservés - Siren 185512777  
Conception : INCa  
ISSN 2104-953X  
ISBN 978-2-37219-364-1  
ISBN net 978-2-37219-365-8

DEPÔT LÉGAL FÉVRIER 2018



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

MINISTÈRE  
DES SOLIDARITÉS  
ET DE LA SANTÉ

RAPPR18

