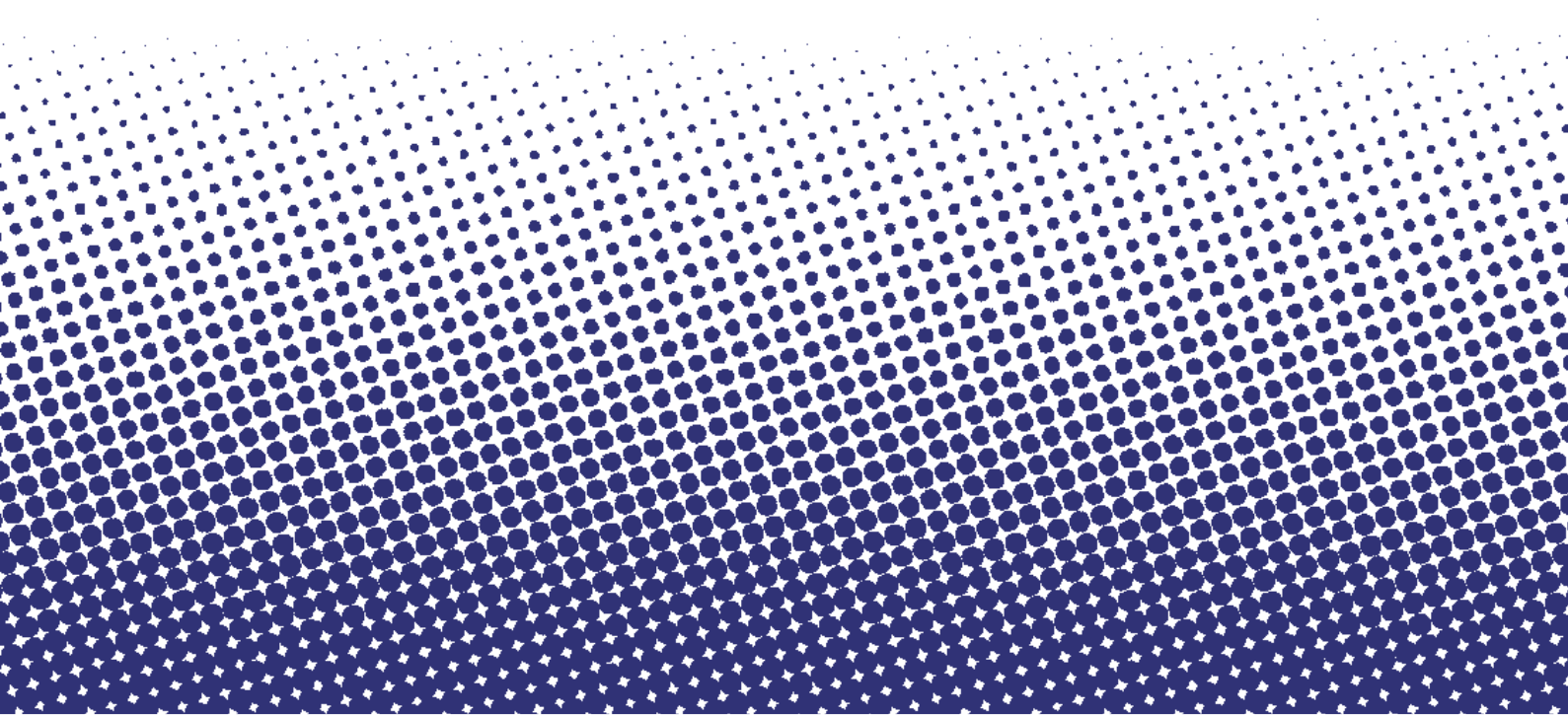




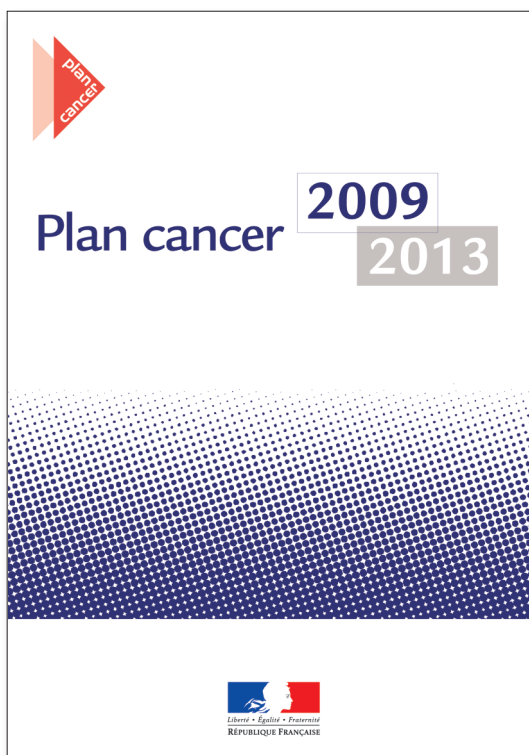
Plan cancer

2009

2013



Liberté • Égalité • Fraternité
RÉPUBLIQUE FRANÇAISE



Introduction

Le Plan cancer 2009-2013 s'inspire du rapport remis au Président de la République par le Pr Jean-Pierre Grünfeld en février 2009 : « Recommandations pour le Plan cancer 2009-2013 ».

Ce nouveau plan s'inscrit dans la continuité du Plan cancer 2003-2007 et repose, en partie, sur le socle de ses mesures, qu'il va falloir pour beaucoup consolider, pour certaines en assurer l'application, et pour d'autres en adapter la mise en œuvre.

À partir des acquis, de nouvelles propositions permettent d'impulser un nouvel élan et de porter une nouvelle ambition, en mettant l'accent :

- ▶ sur de nouveaux efforts de recherche et d'innovation intégrant leur « transfert » au système de santé ;
- ▶ sur une meilleure prise en compte des inégalités de santé face au cancer et à la mise en œuvre de mesures, visant leur correction ;
- ▶ sur le renforcement de la coordination des soins et de son extension au-delà de l'hôpital par une meilleure implication des médecins traitants ;
- ▶ sur de nouvelles initiatives sanitaires et médico-sociales pour mieux accompagner les personnes dans la « vie pendant et après le cancer ».



Sommaire

4

PLAN CANCER 2009-2013 : 5 AXES, 30 MESURES ET 118 ACTIONS	8
---	---

6 MESURES « PHARE »	10
---------------------	----

DÉPENSES NOUVELLES SUR LA DURÉE DU PLAN	13
---	----

MESURES DU PLAN PAR AXE

▶ Axe Recherche	14
▶ Axe Observation	34
▶ Axe Prévention – Dépistage	46
▶ Axe Soins	80
▶ Axe Vivre pendant et après un cancer	106

GLOSSAIRE	121
-----------	-----

Note méthodologique

Le Plan cancer 2009-2013 est la déclinaison opérationnelle du rapport remis au Président de la République par le Pr Jean-Pierre Grünfeld en février 2009 : « Recommandations pour le Plan cancer 2009-2013 ».

Son élaboration a été pilotée par le ministère de la santé et des sports en association avec le ministère de la recherche et de l'enseignement supérieur et le ministère du travail.

Sa préparation coordonnée par la DGS a étroitement associé la DHOS, la DGRI, la DSS, la DGT, la DGAS et l'Institut national du cancer (INCa).

Le Pr Jean-Pierre Grünfeld a suivi personnellement l'avancement des groupes de travail élaborant les mesures et actions du plan. Les membres de la commission réunie auprès du Pr Jean-Pierre Grünfeld ont été associés à mi-parcours et ont pu réagir aux mesures et actions proposées par les groupes de travail. À cet effet, la commission a été élargie aux fédérations hospitalières.

Le Haut conseil de la santé publique et l'Agence d'évaluation de la recherche scientifique ont fait part de leurs observations et recommandations sur la version proposée du plan.

Une attention particulière a été portée :

- ▶ à l'articulation du Plan cancer avec les autres plans de santé publique qui l'impactent ou auxquels il s'associe (tels que le PNSE2, le PNNS, le Plan soins palliatifs, le Plan santé au travail...) ;
- ▶ à la structuration du pilotage des mesures pour en garantir au mieux la mise en œuvre et sa future évaluation externe (en intégrant dès le début le principe d'une évaluation d'étape à mi-parcours) ;
- ▶ à la mise en cohérence de l'action avec les évolutions de la structuration du système de santé, d'enseignement supérieur et de recherche.

Dispositif de pilotage et d'évaluation

Le dispositif de suivi et d'évaluation du plan est assuré selon des modalités fondées sur les recommandations faites dans le rapport Grünfeld et dans le rapport du Haut conseil de la santé publique.

Le pilotage et le suivi de la mise en œuvre du plan sont séparés de l'évaluation du plan.

I. LE PILOTAGE DE LA MISE EN ŒUVRE DU PLAN

Il est assuré par le comité de pilotage interministériel présidé par le directeur général de la santé ou son représentant qui doit être en mesure de mobiliser les administrations centrales, les services déconcentrés et les agences impliquées dans la mise en œuvre des mesures du plan au premier rang desquelles l'Institut national du cancer (INCa).

Le comité de pilotage est composé des membres suivants :

- ▶ le directeur général de la santé ou son représentant, président du comité de pilotage ;
- ▶ le directeur de l'hospitalisation et de l'organisation des soins ou son représentant ;
- ▶ le directeur général de la recherche et de l'innovation ou son représentant ;
- ▶ le directeur général de l'action sociale ou son représentant ;
- ▶ le directeur général du travail ou son représentant ;
- ▶ le directeur de la sécurité sociale ou son représentant ;
- ▶ le président de l'Institut national du cancer ou son représentant ;
- ▶ le directeur de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie ou son représentant ;
- ▶ Jean-Pierre Grünfeld, personnalité qualifiée ;
- ▶ le président du collectif inter associatif de la santé (CISS) ou son représentant.

Le comité de pilotage se réunit tous les trimestres. Sa principale mission est de suivre la mise en œuvre des mesures du plan. Il peut proposer des adaptations de la mise en œuvre du plan en fonction de l'évolution du contexte ou à la lumière du rapport d'évaluation prévu à mi-parcours. Il établit un état des lieux semestriel remis au Président de la République et aux ministres concernés. Il s'appuie sur le suivi de la mise en œuvre des mesures du

plan qui ont été construites dans une logique de santé publique avec des objectifs, des interventions ou actions et des indicateurs de suivi dont ceux de leur exécution budgétaire réalisé par l'Institut national du cancer dont la mission est de coordonner les opérateurs de la lutte contre le cancer.

II. LE SUIVI DES ACTIONS DU PLAN

L'Institut national du cancer assure le suivi des actions du plan grâce à une équipe dédiée, responsable devant le comité de pilotage du plan.

Celle-ci est spécifiquement chargée :

- ▶ de suivre la mise en œuvre des actions du plan, notamment à l'aide des indicateurs de chaque action. À ce titre, elle collecte les données nécessaires au suivi des indicateurs auprès de chaque pilote d'action ;
- ▶ d'identifier les difficultés rencontrées par les pilotes d'actions dans la mise en œuvre de ces actions et d'alerter si nécessaire le président du comité de pilotage.

Elle associe la Direction générale de la santé à ce suivi afin de préparer les réunions du comité de pilotage interministériel.

Par ailleurs, et conformément aux missions que la Loi confie à l'INCa au titre de la coordination des opérateurs de la lutte contre le cancer, l'Institut présente annuellement l'état d'avancement du plan à ses instances. Il organise, à cet effet, un séminaire annuel de son conseil d'administration, ainsi qu'un séminaire conjoint de son comité des malades, des proches et des usagers et de son comité consultatif des professionnels de santé. L'implication des instances de l'INCa permet d'associer les acteurs et les usagers de la cancérologie à l'avancement des mesures prévues par le plan. L'articulation avec le COPIL du plan est assurée par le président du conseil d'administration de l'INCa, qui en est membre.

III. L'ÉVALUATION DU PLAN

L'évaluation du Plan cancer 2009-2013 est sous la responsabilité du Haut conseil de la santé publique et de l'AERES, pour les mesures de l'axe « Recherche ». Ceux-ci peuvent solliciter des prestataires externes recrutés sur appels d'offres. Deux évaluations sont prévues : l'une à mi-parcours à la fin 2011 et l'autre à la fin du plan en 2013. Les rapports de synthèse de ces évaluations sont remis au Président de la République et aux ministres concernés.



Plan cancer 2009-2013

5 axes, 30 mesures et 118 actions

5 AXES

RECHERCHE

5 mesures – 26 actions

- ▶ Assurer le transfert rapide des avancées de la recherche au bénéfice de tous les malades

Mesures 1 à 5

OBSERVATION

4 mesures – 12 actions

- ▶ Mieux connaître la réalité des cancers en France

Mesures 6 à 9

PRÉVENTION – DÉPISTAGE

8 mesures – 37 actions

- ▶ Prévenir pour éviter des cancers ou réduire leur gravité

Mesures 10 à 17

SOINS

7 mesures – 27 actions

- ▶ Garantir à chaque patient un parcours de soins personnalisé et efficace

Mesures 18 à 24

VIVRE PENDANT ET APRES UN CANCER

6 mesures – 16 actions

- ▶ Améliorer la qualité de vie pendant et après la maladie, combattre toute forme d'exclusion

Mesures 25 à 30

3 THÈMES TRANSVERSAUX

Trois grands thèmes transversaux structurent et irriguent la stratégie du plan.

Ils y sont priorisés et se retrouveront dans chaque axe à travers des mesures et des actions spécifiques.

Ils représentent en soi de nouveaux défis auxquels doit faire face la lutte contre les cancers.

Ils visent :

- ▶ à mieux prendre en compte les inégalités de santé pour assurer plus d'équité et d'efficacité dans l'ensemble des mesures de lutte contre les cancers ;
 - ▶ à stimuler l'analyse et la prise en compte des facteurs individuels et environnementaux pour personnaliser la prise en charge avant, pendant et après la maladie ;
 - ▶ à renforcer le rôle du médecin traitant à tous les moments de la prise en charge pour permettre notamment une meilleure vie pendant et après la maladie.
-

6 mesures « phare »

AXE RECHERCHE

- Mesure 1** Renforcer les moyens de la recherche pluridisciplinaire.
- ▶ **Labelliser cinq sites de recherche pluridisciplinaire en cancérologie.** Sélectionnés sur une base compétitive, ces sites devront accélérer le transfert entre la recherche scientifique et les soins aux malades.
 - ▶ **Augmenter de 50 % la participation des malades aux essais cliniques.** L'effort portera en priorité sur les populations les plus vulnérables, enfants, personnes âgées, tumeurs rares et formes graves.
- Mesure 3** Caractériser les risques environnementaux et comportementaux.
- ▶ **Consacrer plus de 15 % du budget de recherche mobilisé par le plan à l'analyse des risques environnementaux et comportementaux.**
 - ▶ **Contribuer au séquençage complet du génome des cinq cancers les plus fréquents.** Cet objectif s'inscrit dans le cadre de l'effort de collaboration mondiale sur le génome tumoral.

AXE OBSERVATION

- Mesure 6** Produire et communiquer annuellement des informations sur le cancer et sur la cancérologie.
- ▶ **Produire chaque année une analyse de la répartition des cancers sur tout le territoire.**
-

AXE PRÉVENTION - DÉPISTAGE

Mesure 14 Lutter contre les inégalités d'accès et de recours aux dépistages.

- ▶ **Augmenter de 15 % la participation de l'ensemble de la population aux dépistages organisés.** Cette augmentation devra être de 50 % dans les départements rencontrant le plus de difficultés.

AXE SOINS

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

- ▶ **Faire bénéficier 80 % des patients au moins d'un programme personnalisé de soins.** Ce programme devra systématiquement impliquer le médecin traitant.

AXE VIVRE PENDANT ET APRÈS UN CANCER

Mesure 25 Développer une prise en charge sociale personnalisée et accompagner l'après cancer.

- ▶ **Faire bénéficier 50 % des patients au moins d'un Programme personnalisé de l'après cancer.** Ce programme prendra en compte les besoins individuels de surveillance médicale, de soutien psychologique et social.



Dépenses nouvelles sur la durée du plan

	Prévision
Recherche	95 287 000 €
Observation	12 241 000 €
Prévention - Dépistage	177 359 000 €
Soins	402 772 000 €
Vivre pendant et après un cancer	45 000 000 €
TOTAL	732 659 000 €

Axe Recherche

Assurer le transfert rapide des avancées de la recherche au bénéfice de tous les malades

La programmation de la recherche sur les cancers a pour objectifs de réduire la mortalité liée à ces maladies, de faire reculer leur fréquence et d'améliorer la survie et la qualité de vie des patients par des traitements plus efficaces et moins toxiques. Enfin, elle vise à favoriser l'équité pour tous les citoyens face à la prévention, à l'accès au diagnostic précoce et à un traitement innovant et efficace.

Près de 5 000 chercheurs travaillent en France dans le domaine de la lutte contre le cancer, au sein des hôpitaux, des universités, de l'Inserm, du CNRS, du CEA, de l'INRA, de l'INRIA, de l'IRD, et de l'Institut Pasteur, regroupés au sein de l'Alliance des organismes sur la thématique Cancer.

L'un des grands enjeux actuels de la recherche sur le cancer porte sur l'équilibre entre le soutien important à la recherche fondamentale, génératrice de progrès souvent imprédictibles, et une recherche appliquée dont l'objectif est d'aboutir rapidement à des médicaments ou techniques ayant des conséquences sur le traitement des patients. Dans le premier cas, l'imagination et la créativité des chercheurs doivent être sans cesse prioritaires. Dans le second, la programmation des travaux et leur accompagnement sont essentiels pour cibler un bénéfice diagnostique ou thérapeutique. Dans les deux cas, l'excellence des projets et la compétence des chercheurs et des équipes sont à privilégier.

Pour répondre à ces objectifs, des évolutions sont nécessaires, notamment le soutien affirmé à des centres de recherche intégrée bien identifiés où sont présentes des forces vives dans le domaine fondamental,

5 MESURES

MESURE 1 : RENFORCER LES MOYENS
DE LA RECHERCHE PLURIDISCIPLINAIRE.

MESURE 2 : COMPRENDRE PAR LA RECHERCHE LES INÉGALITÉS
FACE AU CANCER POUR LES RÉDUIRE.

MESURE 3 : CARACTÉRISER LES RISQUES
ENVIRONNEMENTAUX ET COMPORTEMENTAUX.

MESURE 4 : DYNAMISER LA RECHERCHE CLINIQUE.

MESURE 5 : FAIRE DE LA FRANCE
UNE RÉFÉRENCE INTERNATIONALE.

la recherche en interaction directe avec les malades (recherche clinique) et la recherche épidémiologique, en santé publique et en sciences humaines et sociales, et capables d'échanger entre elles, de collaborer et de progresser ensemble.

De ces interactions et de cette préoccupation commune doivent émerger des recherches susceptibles d'être rapidement transposées pour le patient sous forme d'examens diagnostiques, de médicaments, d'actions sociales ou de santé publique (prévention et dépistage). Le développement de la recherche moderne nécessite la totale participation des patients et des personnes non malades.

Le rapport Grünfeld a priorisé la réduction des inégalités de santé face au cancer. La recherche est au cœur de cette problématique en permettant une collaboration pluridisciplinaire entre des spécialistes en biologie, en génétique, en immunologie, de l'environnement, en toxicologie, des cliniciens, sociologues, économistes, associations de patients, etc. La compréhension de ces inégalités doit permettre d'apporter des réponses adaptées et efficaces en cohérence avec les autres volets du Plan cancer.

Mesure 1.

Renforcer les moyens de la recherche pluridisciplinaire.

CONTEXTE

Avec le premier Plan cancer ont été mises en place une animation et une coordination interrégionales de la recherche sur le cancer, portées par les sept cancéropôles. L'Institut national du cancer a une responsabilité nationale de programmation et de financement compétitif de la recherche, l'Alliance multi-organismes pour la recherche sur le cancer fédérant les acteurs de cette recherche.

- ▶ La confrontation de la recherche fondamentale aux observations des médecins cliniciens, des épidémiologistes, des intervenants en sciences humaines et sociales (SHS) et en santé publique est un facteur d'enrichissement réciproque. Lorsque celle-ci est organisée sur un même site, hospitalier et/ou universitaire, ces échanges permanents permettent d'accélérer le transfert des résultats du laboratoire au patient, ou d'expliquer par la recherche expérimentale, des observations faites chez des patients ou des groupes de patients. Cette recherche interactive est nommée recherche translationnelle ou recherche de transfert.
- ▶ Les phases précoces de mise en œuvre de recherches sur les médicaments et notamment les thérapies ciblées sont de plus en plus critiques pour les développements ultérieurs et leur utilisation validée pour les malades. La dispersion et la masse critique réduite des centres investigateurs est pénalisante compte tenu de la complexité des procédures et des plateaux techniques nécessaires à cette évaluation précoce de leur efficacité et des effets secondaires. Les acteurs industriels doivent pouvoir trouver dans le tissu académique français des interlocuteurs compétents engagés, disponibles et labellisés dans le cadre d'une politique nationale.

OBJECTIFS

- ▶ Développer en interaction avec les cancéropôles une politique nationale de sites de recherche hospitalo-universitaire spécialisés en cancérologie dans lesquels sont présentes des masses critiques de chercheurs en science fondamentale, clinique, santé publique, épidémiologie, technologies de santé pour mener des projets innovants de recherche translationnelle.
- ▶ Continuer à structurer des sites dans lesquels seule une ou deux valences sont présentes.
- ▶ Réaffirmer l'importance de la recherche fondamentale en privilégiant l'originalité des travaux et l'importance des interactions entre champs disciplinaires.

- ▶ Accélérer le développement et la qualité des outils de la recherche translationnelle : banques de tissus, cellules et fluides biologiques, plateformes d'analyse à haut débit, bioinformatique et instrumentation biomédicale.
- ▶ Développer un processus de labellisation et de mise en réseau de centres identifiés pour la mise en œuvre de phases précoces d'essais cliniques.
- ▶ Fédérer le processus de labellisation en intégrant les partenaires académiques et industriels.

ACTIONS

1.1 Renforcer la recherche translationnelle par des financements dédiés sur appels à projets et par une politique de sites de recherche pluridisciplinaires labellisés.

La structuration de cette approche repose :

- ▶ d'une part sur des appels à projets compétitifs dédiés et récurrents permettant l'association sur un même projet de réseaux d'équipes de centres hospitaliers (où se trouvent les malades, les acteurs de la recherche clinique, les ressources cliniques et biologiques) et d'équipes de recherche des organismes (où se trouvent chercheurs fondamentalistes, plateaux techniques) ;
- ▶ d'autre part sur une politique compétitive de labellisation de sites de recherche pluridisciplinaires où les différentes dimensions de la recherche sont associées (fondamentale, clinique, santé publique, épidémiologie, sciences humaines et sociales) et où les masses critiques nécessaires de médecins, malades, chercheurs, sont engagées dans les contraintes – notamment de compétitivité et d'assurance qualité – de la recherche translationnelle. Ces sites devront répondre à un cahier des charges élaboré selon les critères internationaux.

Pilotes de l'action : INCa, ITMO Cancer

Copilotes : DHOS, DGRI

En partenariat avec les acteurs concernés.

1.2 Soutenir, par l'attribution de bourses, la formation des acteurs de la santé et de la recherche à la recherche translationnelle.

L'engagement dans cette nouvelle action sera soutenue par une politique active et financée de formation : le succès à terme sera lié au nombre de jeunes nouveaux médecins, pharmaciens et scientifiques engagés dans et formés à cette démarche.

Pilotes de l'action : INCa, ITMO Cancer.

Copilotes : ministères chargés de la santé et de la recherche.

En partenariat avec les acteurs concernés.

1.3 Structurer et stimuler la recherche dans les phases précoces d'essais de nouveaux médicaments anticancéreux.

De nombreux médicaments anticancéreux sont en cours de développement dans le monde : la majorité d'entre eux vise des cibles nouvelles issues des découvertes de la biologie et se différencient de façon radicale de l'usage de la chimiothérapie anticancéreuse (cytotoxique) classique.

Avant leur développement à grande échelle, il est de plus en plus essentiel de réaliser des « essais précoces » de ces nouveaux médicaments (phases I-II), dont seront issues des informations cruciales sur les cibles d'activité antitumorale de ces nouvelles drogues, et de « cibler » au mieux les catégories de malades qui vont en bénéficier.

Notre pays manque de structures lisibles et compétitives pour répondre à ces attentes partagées par les industriels. Il est ainsi proposé de :

- ▶ Labelliser puis soutenir des centres investigateurs spécialisés dans les essais précoces des nouveaux médicaments.

Cette démarche suppose une identification de sites où les ressources de la recherche publique nécessaires à l'investigation précoce en partenariat avec les industriels sont présentes et mobilisables.

Pilotes de l'action : INCa, ITMO Cancer.

Copilotes : DHOS, DGRI.

En partenariat avec les acteurs concernés.

- ▶ Développer et soutenir les alternatives expérimentales *in vitro* et chez l'animal aux différentes étapes des essais cliniques des anticancéreux chez l'homme.

De même, notre tissu de recherche doit avoir les moyens de se mobiliser pour éviter, ou du moins limiter, l'expérimentation chez les personnes atteintes de cancers : la mise au point de nouveaux

modèles précliniques dédiés à ces nouvelles thérapies moins ou pas cytotoxiques est un enjeu majeur pour orienter plus vite et au mieux ces nouvelles thérapies vers les sous-groupes de malades qui pourraient en bénéficier.

Pilotes de l'action : INCa, ITMO Cancer.

Copilotes : autres instituts thématiques multi-organismes, ministères chargés de la santé, de la recherche et de l'agriculture.

En partenariat avec les acteurs concernés.

1.4 Établir des partenariats de recherche et développement entre les laboratoires internationaux et les acteurs de la recherche en cancérologie fédérés dans l'ITMO Cancer (LIR-G5-LEEM).

L'objectif est de mettre en valeur la recherche française pour la rendre plus attractive et faciliter les échanges avec les laboratoires internationaux. Ces partenariats permettront de faire bénéficier les patients et les chercheurs en France de nouvelles molécules fournies par ces laboratoires. La lisibilité et la compétitivité, permises par l'identification et le financement public de sites, devraient faciliter les engagements des industriels à utiliser ces compétences et à leur mettre à disposition leurs molécules.

Pilotes de l'action : ITMO Cancer, INCa.

Copilotes : LIR, DGRI.

En partenariat avec les acteurs concernés.

1.5 Renforcer les interactions entre les structures de valorisation de la recherche publique et les acteurs économiques pour suivre et accompagner les projets à potentiel de développement économique.

Cette étape essentielle sera favorisée notamment en termes d'accompagnement de projets et facilitée par le rassemblement des acteurs.

Pilotes de l'action : ITMO Cancer, INCa

Copilotes : autres instituts thématiques multi-organismes, ministères chargés de la santé et de la recherche.

En partenariat avec les acteurs concernés.

Mesure 2.

Comprendre par la recherche les inégalités face au cancer pour les réduire.

CONTEXTE

De fortes inégalités face au cancer sont observées et leur réduction est au cœur des objectifs du deuxième Plan cancer. Ces inégalités sont individuelles et collectives et influencent l'efficacité des politiques de santé. Le système de couverture sociale universelle réduit a priori le coût diagnostique et thérapeutique comme facteur d'inégalité. Il n'en demeure pas moins que l'on observe des inégalités de morbidité et de mortalité d'ordre géographique, professionnel, socio-économique et culturel. Celles-ci sont liées entre autres à une moins bonne efficacité des campagnes de prévention, à une plus faible participation au dépistage organisé et à un retard au diagnostic et à l'accès aux soins. À ces inégalités s'ajoutent celles liées à l'environnement au sens large (eau, air, rayonnements, infections, etc.), aux addictions (alcool, tabac, etc.), aux comportements (alimentation, exercice, etc.), et à la génétique des individus qui jouent également un rôle.

OBJECTIFS

- ▶ Mobiliser la communauté des chercheurs qui explorent ces inégalités pour développer une recherche pluridisciplinaire intégrant la biologie (génétique, immunologie, carcinogénèse, etc.), l'environnement, l'épidémiologie, la santé publique et les dimensions économiques, sociales, culturelles et psychologiques.
- ▶ Mettre en œuvre des expérimentations pour évaluer sur le terrain des actions de santé publique visant à réduire les inégalités.
- ▶ Analyser, par la recherche, l'impact de ces politiques sur la réduction des inégalités ou les obstacles rencontrés.
- ▶ Étendre à la population française les mesures ayant un impact avéré.

ACTIONS

2.1 Développer des appels à projets récurrents de recherche pour comprendre les déterminants des inégalités face au cancer et évaluer les actions de santé publique permettant de réduire ces inégalités.

Ces projets pluriannuels (études expérimentales, suivi et évaluation des actions) favoriseront le développement de travaux multidisciplinaires, et doivent mobiliser de manière stable les chercheurs sur ces thématiques et accroître la pertinence des travaux.

Pilote de l'action : INCa.

En partenariat avec les acteurs concernés.

2.2 Mobiliser les cancéropôles pour animer et développer des programmes de recherche sur les déterminants géographiques des inégalités avec les acteurs scientifiques, les acteurs de santé publique et de santé. Les résultats des programmes doivent se traduire en actions de terrain, validation et extension à la population ciblée.

Pilote de l'action : INCa.

En partenariat avec les acteurs concernés.

Mesure 3.

Caractériser les risques environnementaux et comportementaux.

CONTEXTE

L'identification des nouveaux risques liés à l'environnement général et professionnel, aux comportements individuels et collectifs, à l'évolution des technologies est une priorité de recherche en santé de la population. La mobilisation de différentes disciplines, de l'épidémiologie descriptive à l'épidémiologie moléculaire et toxicologique, et des sciences humaines et sociales sera stimulée pour réduire le délai séparant cette identification de sa traduction en mesures de prévention.

Dans le cadre de la feuille de route 2008 de très grandes infrastructures de recherche (TGIR) et des cellules de coordination ont été mises en place, en particulier pour identifier des plateformes de recherche et développement de nouvelles cohortes biomédicales de grande ampleur (PREDECOB). Ces instruments de recherche, qui ont pour vocation d'être accessibles à la communauté scientifique et nécessitent des investissements significatifs, sont indispensables pour l'ensemble des dimensions de la recherche médicale et épidémiologique et bien sûr pour la recherche sur les facteurs de risque des cancers.

Avec le premier Plan cancer, un effort considérable a été engagé pour la constitution de tumorothèques et de ressources biologiques (cellules, sérums, etc.) répondant à des normes exigeantes de qualité. Ces mesures doivent être poursuivies et être articulées avec les initiatives des autres pays européens.

De plus, l'évolution des technologies, de la génétique à l'analyse des fluides biologiques, produit aujourd'hui un nombre considérable de données qui doivent être analysées par des plateformes robustes de bioinformatique et conduire à des modélisations des grands systèmes physiologiques et pathologiques.

Cette mesure est articulée avec le volet recherche du Plan national santé environnement 2 dont elle complète les démarches et le financement pour les maladies cancéreuses (cf. actions 48, 49, 50 du PNSE2).

OBJECTIFS

- ▶ Identifier par la recherche les risques environnementaux et comportementaux et les populations exposées à ces risques, pour assurer une prévention adéquate et répondre aux questions des pouvoirs publics et du public.
- ▶ Promouvoir des recherches interventionnelles testant des modifications de l'environnement, des comportements individuels (alimentaire, apports médicamenteux, vaccinations, activités sportives) et collectifs (organisation du travail).

- ▶ Développer des modèles expérimentaux d'analyse des effets de l'environnement sur la survenue des tumeurs.
- ▶ Amplifier en France un axe de suivi des populations dans le cadre de grandes cohortes généralistes, posant des questions sur le cancer.
- ▶ Y associer la collection d'échantillons biologiques de qualité et annotés (tumeurs et cellules et tissus sains) sur des fractions de ces cohortes qui permettront de répondre aux questions des scientifiques sur le cancer dans les années à venir.
- ▶ Développer des plateformes de bioinformatique et de biologie des systèmes et renforcer la formation dans ces disciplines.

ACTIONS

3.1 Développer une recherche en épidémiologie analytique plus réactive s'appuyant sur des sites référents.

Cette action vise à associer cliniciens et anatomopathologistes spécialisés dans certains types de cancers, en priorité ceux suspects d'être en augmentation (tumeurs cérébrales, sarcomes, hépatocarcinomes, lymphomes notamment).

Pilotes de l'action : INCa, ITMO Cancer.
En partenariat avec les acteurs concernés.

3.2 Réactiver une recherche compétitive en toxicologie, en génétique et épidémiologie moléculaire et en recherche clinique interventionnelle par des appels à projets.

Pilotes de l'action : INCa, ITMO Cancer.
Copilote : Afsset.
En partenariat avec les acteurs concernés.

3.3 Renforcer le partenariat Afsset-INCa-ANR sur les actions du Programme national santé environnement PNSE2 et organiser en 2011 un colloque international pour faire le point sur les risques environnementaux et comportementaux.

Pilote de l'action : Afsset.
Copilotes : INCa, ITMO Cancer.
En partenariat avec les acteurs concernés.



3.4 Mobiliser les acteurs en santé publique, santé animale (écoles vétérinaires et Inra) et environnement (Afsset) pour lancer des appels à projets et financer des équipes de recherche sur programmes dédiés notamment aux thématiques suivantes :

- ▶ impact de l'environnement sur certaines pathologies animales qui peuvent être des modèles des cancers humains ;
- ▶ développement de modèles d'estimation des effets liés à des expositions multiples pour des agents chimiques, biologiques et/ou physiques, prenant en compte et/ou prédisant les interactions entre eux, ainsi que les expositions multivoies ou prolongées ;
- ▶ étude de biomarqueurs de prédiction précoce de la transformation et de susceptibilité.

Pilotes de l'action : INCa, ITMO Cancer.

Copilotes : Afsset, Afssa.

En partenariat avec les acteurs concernés.

3.5 Financer de grandes cohortes nationales généralistes adossées à des collections biologiques, notamment sur appel à projets lancé par l'IReSP avec le soutien des ministères en charge de la recherche et de la santé. La réflexion sur ces projets devra être coordonnée avec celle des autres pays européens.

Pilote de l'action : IReSP.

En partenariat avec les acteurs concernés.

3.6 Développer en finançant aux côtés de l'ANR des approches multidisciplinaires de la modélisation des processus biologiques complexes (biologie des systèmes).

Pilotes de l'action : INCa, ITMO Cancer.

Copilotes : ANR et Inria.

En partenariat avec les acteurs concernés.

Mesure 4.

Dynamiser la recherche clinique.

CONTEXTE

Les objectifs de la recherche clinique sont de faire progresser la prise en charge et le traitement des cancers, tout en réduisant leurs effets secondaires à court terme et à long terme. Les patients et le public sont désireux de connaître les avancées des recherches sur les cancers et les progrès thérapeutiques les plus récents dont ils pourraient bénéficier. Les essais cliniques, qui sont étroitement encadrés par les lois de protection des personnes, permettent aux patients d'accéder précocement aux nouveaux traitements avant leur mise sur le marché. L'accès à l'innovation participe ainsi à la réduction des inégalités de santé.

Depuis plusieurs années, les campagnes développées par le ministère de la santé, l'Institut national du cancer, l'Inpes et les associations de malades ont permis de changer le regard de la société française face aux cancers. Dans le domaine de la recherche, la multiplicité des sources d'information associée à la complexité des résultats de la recherche et à leur évolution permanente rend peu accessibles à la population les bénéfices potentiels des recherches en cours. Disposer d'une information pertinente et validée est essentiel pour associer plus largement les patients et le public à la recherche et notamment aux essais thérapeutiques. Des outils d'information sur les essais cliniques en cours en France ont été développés ; ils doivent être soutenus, être plus exhaustifs et complétés par des documents pédagogiques sur les avancées dans tous les domaines de la recherche contre les cancers.

La totale participation des patients et des personnes non malades au développement de la recherche moderne doit être encouragée et l'information délivrée pour s'engager dans une étude clinique doit prendre en compte toutes les dimensions de l'étude incluant la qualité de vie et les bénéfices pour la collectivité.

La loi « Hôpital, patients, santé, territoires » adoptée en 2009 a confirmé le caractère de mission de service public de l'activité de recherche dans les établissements de santé.

OBJECTIFS

- ▶ Augmenter l'inclusion des patients dans les essais cliniques en favorisant la participation des secteurs public et privé, et les médecins généralistes.
- ▶ Réaffirmer la singularité du PHRC cancer et soutenir un meilleur financement global et de chacune des études sélectionnées.
- ▶ Produire et diffuser des informations sur les recherches menées contre le cancer en particulier dans les domaines de la prévention, du diagnostic précoce et de la thérapeutique pour les malades et le grand public.

- ▶ S'appuyer sur les associations pour être à l'interface avec les chercheurs, justifier et rendre compréhensible la recherche clinique aux participants, et donner la perception des patients sur ce qui leur est proposé.
- ▶ Sensibiliser les patients et le public à l'utilité de participer à l'effort de recherche biomédicale contre le cancer en participant à la recherche clinique ou en acceptant de donner à la recherche un fragment de tissu tumoral ou un échantillon de sang.

ACTIONS

4.1 Soutenir, structurer et suivre par des appels à projets nationaux compétitifs annuels la recherche clinique en cancérologie par le PHRC Cancer.

Le précédent Plan cancer a permis de mettre en compétition nationale, dans la discipline cancer, les meilleurs projets de recherche clinique, créant ainsi une structuration thématique sur la base de l'excellence. Au-delà de l'évaluation compétitive des projets soutenus, il apparaît que certains projets bénéficieraient d'un suivi rapproché dans leur phase initiale pour limiter un certain nombre d'échecs appréciés trop tardivement. De même, des financements initiaux insuffisants peuvent limiter l'expansion et la compétitivité de certains projets.

L'objectif nouveau sera, tout en poursuivant la politique d'appels à projets nationaux, d'améliorer dans le cadre du PHRC cancer et sa circulaire, la pertinence, le pragmatisme des questions posées et la simplification des essais académiques pour faciliter la participation des patients aux essais cliniques.

Ces travaux devront être financés à un niveau suffisant en coordination avec les DRCI. Le suivi et l'accompagnement des projets de recherche clinique devront être organisés avec la DHOS, les DRCI, les CHU, les CLCC et les cancéropôles pour améliorer leur taux de succès.

Pilotes de l'action : INCa, ITMO Cancer.

Copilote : DHOS.

En partenariat avec les acteurs concernés.

4.2 Augmenter l'inclusion dans les essais cliniques en cancérologie.

L'objectif à atteindre pourrait être un taux d'inclusion de 60 % dans les cancers des enfants, 40 % en hématologie maligne, 10 % dans les métastases de tumeurs solides. L'oncogériatrie doit bénéficier de projets de recherche spécifiques, notamment sur les stratégies de traitement et l'usage de nouveaux médicaments. L'objectif pourrait être un taux d'inclusion de 5 % chez les sujets âgés (plus de 75 ans) en cinq ans. L'association de ces recherches à des études sur les mécanismes biologiques communs au vieillissement et à la cancérogenèse sera stimulée.

Pilotes de l'action : INCa , ITMO Cancer.

Copilote : DHOS.

En partenariat avec les acteurs concernés.

4.3 Prendre l'avis des comités de patients sur les protocoles de recherche clinique en articulation avec la consultation des comités de protection des personnes (CPP).

Cette action nécessite la mobilisation des institutions et fédérations hospitalières publiques, privées, des CLCC, des CHU et des DRCI avec l'aide des associations de patients. Elle vise à donner la parole aux patients qui participent aux essais avant, pendant et après leur participation.

Pilotes de l'action : INCa, ITMO Cancer.

Copilote : DHOS.

En partenariat avec les acteurs concernés.

4.4 Organiser le recueil d'informations entre les agences et les opérateurs de la recherche clinique et les rendre publiques.

La connaissance partagée de l'offre des essais cliniques existants est non seulement une obligation de déontologie scientifique mais aussi une nécessité pour que patients et médecins puissent mieux anticiper leur participation. Cet objectif sera facilité en structurant la transmission automatique, systématique et validée des données sur les essais cliniques entre l'Afssaps, l'INCa et les organisations internationales de recherche clinique.

Le suivi des essais est tout aussi critique et nécessite de plus la construction d'outils de dénombrement d'inclusions dans les essais cliniques, permettant le reporting régulier des inclusions par les établissements de santé « autorisés au traitement des cancers » en

coordination avec les DIRC, les CHU, les CLCC et les cancéropôles. Ces données devront être classifiées par sous-type de pathologies et par grandes classes d'âge. (cf. suivi de l'action 4.2).

Pilote de l'action : INCa.

Copilote : Afsaps.

En partenariat avec les acteurs concernés.

4.5 Soutenir les recherches portant sur la qualité de vie des patients pendant le cancer et après la maladie.

Ces nouvelles stratégies de recherche seront priorisées dans le PHRC cancer et sa circulaire. Des programmes orientés sur la qualité de vie après la maladie seront lancés de façon spécifique.

Pilotes de l'action : INCa, ITMO Cancer.

Copilote : DHOS.

En partenariat avec les acteurs concernés.

4.6 Développer la coopération internationale dans les essais cliniques.

Afin de répondre de façon plus rapide et plus pertinente aux grandes questions posées dans les essais thérapeutiques, une nouvelle stimulation de la coopération internationale doit être envisagée. Au-delà des groupes coopérateurs existants, de nouveaux partenariats seront structurés entre les programmes français et les instituts du cancer américain, anglais et allemand.

Pilotes de l'action : INCa, ITMO Cancer.

Copilotes : DHOS, DGRI, MAEE.

En partenariat avec les acteurs concernés.

**4.7 Diffuser de manière régulière les informations relatives
aux progrès de la recherche contre le cancer (cf. mesure 6).**

La diffusion de cette information dans les établissements de santé autorisés au traitement des cancers est une priorité. Le développement du site internet de l'INCa permettra d'apporter une information validée de référence dans ce domaine, avec les associations de patients.

Pilote de l'action : INCa.

Copilote : Ligue Nationale contre le cancer.

En partenariat avec les acteurs concernés.



Mesure 5.

Faire de la France une référence internationale.

CONTEXTE

L'Agence d'évaluation de la recherche et de l'enseignement supérieur a rendu public, le 13 novembre 2008, le rapport d'évaluation de l'Institut de la santé et de la recherche médicale (Inserm), rédigé par un comité international présidé par M. Zerhouni. Trois points ont été abordés : l'organisation et le fonctionnement de l'Inserm ; son rôle de coordination et ses interactions avec les entités impliquées dans la recherche dans le domaine des sciences de la vie et de la santé en France ; la structure et la fonction globales du système français de recherche dans ce domaine.

Une des recommandations du rapport est d'unifier, à terme, les sources de financement pour le secteur de la recherche dans le domaine des sciences de la vie et de la santé. Dans ce but, l'« Alliance pour la recherche en sciences du vivant et en santé » réunissant tous les organismes de recherche concernés et les universités a vu le jour récemment avec un Institut thématique multi-organismes (ITMO) dédié au cancer, dirigé par le directeur de la recherche de l'INCa. Cette évolution articule de manière plus lisible les opérateurs de recherche (équipes et personnels) et la programmation et le financement de la recherche sur projets. L'articulation avec le « Comité ministériel d'orientation de la recherche » (COMIOR) du ministère chargé de la santé intègre plus largement la recherche contre le cancer dans le dispositif de santé publique et de qualité des soins et mobilise la communauté des chercheurs pour répondre aux questions de santé dans le domaine du cancer.

La France se situe au 4^e rang mondial en termes de publications scientifiques dans le domaine de la cancérologie, derrière les États-Unis, la Grande-Bretagne et l'Allemagne. Des indicateurs bibliométriques montrent que ce domaine a progressé depuis 2003, reflet vraisemblable du premier Plan cancer. Grâce à cette impulsion, des équipes françaises de recherche sur le cancer ont développé également des collaborations et s'impliquent dans des consortiums internationaux et de grands programmes européens.

La France s'est engagée depuis 2008 dans le Consortium international de génomique du cancer dont l'objectif est de produire une revue extensive des mutations dans 50 types différents de cancer ; une participation française de 10 % au programme international serait significative. Deux programmes sont déjà en cours pour le cancer du foie et un sous-type de cancer du sein.

OBJECTIFS

- ▶ Clarifier l'organisation et les interactions entre les agences, les organismes de recherche et l'INCa, définir leur articulation et en établir les règles pour les stabiliser à long terme, en maintenant une unité de direction pour la thématique Cancer.
- ▶ Simplifier les procédures de financement de la recherche en développant un format unique de dossier de candidature et en allongeant la durée des projets.
- ▶ Augmenter la visibilité de la recherche française au niveau international, de la recherche fondamentale à la recherche clinique et favoriser et soutenir le développement de collaborations internationales globales sur le cancer.
- ▶ Renforcer la présence des équipes françaises dans les programmes de recherche européens sur le cancer.
- ▶ Inscrire les cancérôpôles dans le développement de la coopération européenne.
- ▶ Coordonner la participation des équipes de recherche françaises aux programmes du Consortium international de génomique du cancer et associer les partenaires associatifs et industriels.
- ▶ Renforcer les efforts engagés dans la collaboration internationale sur la recherche et mettre en place une coordination des instituts nationaux du cancer européens et américain. L'implication des partenaires industriels est indispensable pour favoriser le continuum recherches-retour vers le patient.

ACTIONS

5.1 Élaborer les modifications de structuration nécessaires à l'harmonisation de la programmation et du financement des recherches sur le cancer et établir une concertation annuelle avec les autres instituts thématiques et l'ANR pour coordonner la programmation des recherches transversales. Établir ce type de concertation sur les programmes avec les associations participant au financement de la recherche sur le cancer.

L'accord établi entre l'INCa et l'Inserm pour qu'une même personne assure la direction de l'Institut thématique Cancer et de la recherche de l'INCa sera étendu à l'Institut thématique multi-organismes dédié au cancer mis en place par l'Alliance.

Pilotes de l'action : INCa, ITMO Cancer.
En partenariat avec les acteurs concernés.

5.2 Soutenir l'effort de structuration et d'animation régionale et interrégionale des cancéropôles : coordination des équipes, mobilisation de nouvelles équipes dans ce domaine, articulation avec les universités, les hôpitaux et les organismes dans le choix d'équipements dans la région, relations avec les industries (technologie et médicament) et les régions. Cet effort est coordonné avec la politique de sites labellisés de recherche intégrée.

Pilotes de l'action : INCa, ITMO Cancer.
En partenariat avec les acteurs concernés.

5.3 Maintenir le niveau de financement de la recherche sur projets libres à l'initiative des investigateurs, sur des programmes de 4 à 5 ans, à 50 % des appels à projets de recherche de l'INCa.

Pilotes de l'action : INCa, ITMO Cancer.
En partenariat avec les acteurs concernés.

5.4 Soutenir le programme de génomique du cancer dans le cadre du Consortium international de génomique du cancer (ICGC).

Après la phase de réalisation des premiers programmes français, une évaluation scientifique des premiers résultats sera menée. En fonction des résultats et des besoins de financement qui pourraient intervenir avec l'arrivée de nouvelles technologies, son évolution et son extension en 2010 et au-delà seront arbitrées. Cette éventuelle poursuite du programme pourrait s'effectuer sur la base de partenariats publics-privés, intégrant les grandes associations caritatives.

Pilotes de l'action : INCa, ITMO Cancer.
En partenariat avec les acteurs concernés.

5.5 Développer la coopération internationale en recherche et en santé publique contre le cancer en mobilisant le ministère des affaires étrangères, l'INCa, l'IRD et l'ANRS, notamment sur des programmes de formation des médecins et des paramédicaux.

Pilotes de l'action : INCa, ITMO Cancer.
Copilotes : IRD, MAEE.
En partenariat avec les acteurs concernés.

5.6 Renforcer la capacité à mesurer la productivité scientifique résultant des programmes de recherche.

Cette action se structurera en collaboration avec les organismes de recherche, l'OST, et les cancéropôles. Seront produits et publiés annuellement des indicateurs de production scientifique dans le domaine du cancer : publications, citations, demandes de brevets.

Pilotes de l'action : INCa, ITMO Cancer.

Copilote : DGRI.

En partenariat avec les acteurs concernés.

Axe Observation

Mieux connaître la réalité des cancers en France

Le Plan cancer 2009-2013 consacre un chapitre au système d'observation des cancers, témoignant ainsi de l'attention croissante que les pouvoirs publics portent à cette problématique. Disposer de données récentes, fiables et comparables sur le nombre et la caractérisation des cancers, être capable d'analyser les signaux faibles, élargir notre champ de connaissances au-delà de la maladie, aux malades, aux moyens mis en œuvre et aux représentations sociales apparaît en effet indispensable au déploiement du Plan cancer. L'enjeu est triple : le système d'observation des cancers est l'un des outils essentiels d'orientation des politiques publiques, de suivi et d'évaluation du plan. C'est aussi sur le système de surveillance des cancers que repose notre capacité de détection des risques émergents, cruciale dans un contexte de dissémination des nouveaux produits et technologies. Enfin, la structuration des données existantes sur le cancer et la cancérologie et leur large publication sont le corollaire de la prise en compte des besoins d'information de la population et de l'évolution de l'image du cancer.

Aussi le Plan cancer 2009-2013 accroît l'effort entamé lors du plan précédent pour bâtir un système national d'épidémiologie des cancers plus exhaustif, plus réactif, plus prospectif. Il poursuit les efforts d'amélioration de la surveillance par les registres des cancers et le déploiement d'un système complémentaire fondé sur des données issues de plusieurs sources médico-administratives. La mise en cohérence des différents systèmes automatisés d'information existants ou en projet chez les producteurs de données, excèdera la durée du plan actuel.

4 MESURES

MESURE 6 : PRODUIRE ET COMMUNIQUER DES INFORMATIONS
SUR LE CANCER ET SUR LA CANCÉROLOGIE.

MESURE 7 : OPTIMISER ET DÉVELOPPER LE SYSTÈME
DE SURVEILLANCE.

MESURE 8 : DÉVELOPPER L'ÉPIDÉMIOLOGIE SOCIALE
DES CANCERS.

MESURE 9 : AMÉLIORER L'OBSERVATION ET LA SURVEILLANCE
DES CANCERS LIÉS À L'ENVIRONNEMENT
PROFESSIONNEL.

Axe par nature transversal, l'observation des cancers prend en compte les thématiques nouvelles dont la priorité est affirmée dans le Plan cancer 2009-2013. Il en est ainsi du soutien apporté à l'épidémiologie sociale des cancers, qui devra permettre de mieux connaître et caractériser les inégalités sociales et territoriales d'incidence, de mortalité, d'exposition aux risques et d'accès à la prévention, au dépistage et aux soins. Ces informations seront précieuses pour conduire une politique de réduction de ces inégalités dont l'ambition dépasse la seule situation des populations les plus précaires. Tel est aussi le cas du développement de la surveillance des expositions professionnelles et des déterminants environnementaux des cancers. En complément des mesures prévues dans le Plan national santé environnement 2, le Plan cancer 2009-2013 contribuera au développement d'un système permanent d'observation des cancers professionnels, fondé notamment sur la cohorte COSET. Il renforcera, par la mise en place soit d'un système de déclaration, soit d'expérimentations, les surveillances ciblées de certains cancers, en particulier ceux pour lesquels un lien avec des expositions environnementales est avéré ou soupçonné, ou dont l'évolution pourrait être le signe de risques émergents.

Regrouper, mettre en cohérence et diffuser l'ensemble des données qui seront ainsi produites constitue la mesure la plus visible, tant pour les professionnels que pour la population, de l'axe observation, qui devra dès 2009 connaître un début d'exécution.

Mesure 6.

Produire et communiquer annuellement des informations sur le cancer et la cancérologie.

CONTEXTE

Les données existantes nécessaires à l'observation et à l'évaluation des cancers et de la cancérologie sont éparses, du fait de la multiplicité des sources et des producteurs de données. Ces producteurs de données ont par ailleurs une vocation généraliste et ont des objectifs institutionnels propres à leurs missions. Ces données d'observation sont de natures différentes et issues de systèmes d'information divers, relatifs notamment aux structures, moyens et activités des établissements ou services de santé (par exemple SAE), PMSI, structures de gestion des dépistages des cancers), à la prise en charge par l'Assurance maladie (Affections longue durée - ALD), aux données budgétaires (PLF, PLFSS), épidémiologiques (incidence observée et estimations d'incidence par les registres, mortalité observée par le CépiDc de l'Inserm, ou études produites par des organismes de recherche ou sociétés savantes)... Les institutions en charge de la surveillance épidémiologique des cancers ne disposent pas elles-mêmes de façon systématique des données relatives aux cas-incidents et rencontrent des obstacles de natures diverses pour les obtenir, de même que pour l'accès à certaines données personnelles permettant d'assurer le suivi dans le temps. Outre l'amélioration des informations recueillies et du rythme de production des données sur l'incidence des cancers et la survie par les registres, la mise en place du SMSC (cf. mesure 7.2) permettra la production de statistiques mises à jour annuellement. Ces statistiques seront transmises à l'INCa pour diffusion au grand public. Par ailleurs, un dispositif permettant d'améliorer l'observation sociale des cancers est prévu par la mesure 8. La synthèse de ces informations, et leur publication annuelle par l'INCa, apparaît comme une mesure de transparence à l'égard du public comme à celui des décideurs et sera de nature à faciliter le suivi de la politique de lutte contre les cancers.

OBJECTIFS

- ▶ Mettre annuellement à disposition du public et des décideurs les principales données des cancers et les principaux indicateurs de la politique de lutte contre les cancers, au niveau national, avec des déclinaisons au niveau territorial.
- ▶ Assurer l'accès permanent aux données existantes par la création d'un portail « Cancer » sur le site Internet de l'INCa.
- ▶ Réaliser des enquêtes régulières sur les connaissances, attitudes, comportements, perception des cancers et les facteurs de risques.

- ▶ Mettre en place un tableau de bord des métiers de la cancérologie et publier un rapport.
- ▶ Réaliser et publier une estimation annuelle de l'incidence et de la mortalité par cancer en France.

ACTIONS

6.1 Publier un rapport de synthèse annuel des données relatives aux cancers et des principaux indicateurs de la politique de lutte contre les cancers mis à jour.

Pilote de l'action : INCa.

En partenariat avec les acteurs concernés.

6.2 Créer un portail des données du cancer, donnant accès à la synthèse des principales données pertinentes selon leur nature et leur source identifiées.

- ▶ Créer sur le site de l'INCa un portail des données du cancer, synthétisant les principales informations. L'INCa identifiera, en s'appuyant sur l'ensemble des intervenants institutionnels ou associatifs producteurs des données, les informations à recueillir et à publier relatives notamment à l'épidémiologie descriptive ou analytique, aux activités de soins, à la qualité de vie des malades, aux coûts de prise en charge, aux moyens mobilisés en termes de structures, de professionnels et de financements ou toute autre donnée pertinente.

Pilote de l'action : INCa.

En partenariat avec les acteurs concernés.

6.3 Réaliser des enquêtes régulières sur les connaissances, les attitudes, le comportement, et la perception des cancers et des facteurs de risques, notamment un baromètre cancers.

Pilote baromètre cancers : Inpes.

Pilote autres enquêtes : INCa.

En partenariat avec les acteurs concernés.

6.4 Réaliser un rapport sur les métiers de la cancérologie et mettre en place un tableau de bord en s'appuyant sur des groupes d'experts et des professionnels de santé.

Pilote de l'action : INCa.

En partenariat avec les acteurs concernés.

6.5 Observer les conditions de vie des malades à distance du diagnostic des cancers.

- ▶ Réaliser une enquête tous les cinq ans afin de recueillir les conditions et la qualité de vie des patients deux ans après le diagnostic de cancer à partir de la base des données des ALD des organismes d'Assurance maladie.

Pilote de l'action : INCa.

En partenariat avec les acteurs concernés.

Liens avec les autres plans de santé publique.

Plan qualité de vie des malades atteints de maladie chronique.

Mesure 7.

Optimiser et développer le système de surveillance.

39

CONTEXTE

Le système de surveillance des cancers en France repose principalement sur les registres des cancers spécialisés et généraux. Les registres fournissent des données d'incidence dans les zones couvertes, permettent des estimations d'incidence nationale et régionale ainsi que des études de survie. La couverture de la population générale adulte des registres « tous cancers » atteint 18 %. Si les registres sont le *gold standard* pour le calcul de l'incidence, ce dispositif est peu réactif et ne comprend pas certaines données utiles pour des études environnementales (adresse précise) ou l'évaluation des politiques de dépistage (stade au moment du diagnostic) ou encore l'infléchissement des politiques de soins et ne couvre qu'une partie du territoire.

Ainsi, l'amélioration du dispositif de surveillance comprend deux axes :

- ▶ renforcer le dispositif des registres existants, par le recueil de données complémentaires et dans des délais plus courts ;
- ▶ poursuivre la mise en place du dispositif d'enregistrement automatisé national de données individuelles anonymisées : le système multi-sources cancer (SMSC), à partir des données issues des comptes-rendus d'anatomocytopathologie (ACP), du programme médicalisé des systèmes d'information des établissements de santé et de la base des affections de longue durée de l'Assurance maladie (ALD 30). Le dispositif s'adaptera aux nouvelles dispositions concernant le dossier communicant de cancérologie (DCC) et l'identifiant national de santé.

OBJECTIFS

- ▶ Maintenir et renforcer la qualité des registres existants.
- ▶ Mettre en place un système d'information national à partir des trois sources ACP, PMSI et ALD 30 croisées et, en attendant le déploiement effectif complet du SMSC, mettre à disposition des indicateurs d'incidence provisoires au niveau national.



ACTIONS

7.1 Renforcer et rationaliser le dispositif des registres existants.

- ▶ Faciliter l'accès aux sources de données, le cas échéant par voie législative (ALD 30, DCC, fiches RCP, CRFS, etc.) et systématiser leur transmission aux registres et aux centres de coordination du dépistage des cancers. Inclure sur les différents supports destinés aux malades (livrets d'accueil, livrets ALD, feuilles de remboursements), une information sur la transmission des données médicales individuelles aux registres et aux centres de coordination du dépistage des cancers. L'évolution législative et réglementaire vise, pour les registres, l'accès nominatif aux certificats de décès portant la mention d'un cancer tenus par le CépiDc et la gratuité d'accès au RNIPP pour connaître le statut vital des malades, donnée indispensable pour les observations de survie.
- ▶ Élaborer un cahier des charges entre l'InVS, l'INCa et les registres existants afin d'augmenter la quantité d'informations collectées par les registres et de définir les conditions d'analyse régulière des survies par un recueil systématique du suivi des cas ainsi que des modalités de leur publication. Ce cahier des charges précisera les conditions d'amélioration de la méthodologie des études « hautes résolutions » pour permettre une analyse régulière approfondie de certains cancers. Le cahier des charges portera le délai de validation des données enregistrées à trois ans d'ici 2012.
- ▶ Produire à partir d'une méthodologie validée des estimations annuelles d'incidence et de mortalité ; réaliser des mises à jour de la prévalence et de la survie tous les deux ans ; publier les résultats sur les sites de l'InVS et de l'INCa.

Pilote de l'action : InVS.

En partenariat avec les acteurs concernés.

Évolution législative.

PLRPSP 2010.

7.2 Mettre en place un système multi-sources des cancers (SMSC).

- ▶ Conclure un accord entre l'InVS et l'Agence des systèmes d'information de santé partagés (ASIP) afin de rédiger les référentiels relatifs aux normes et formats d'échange communs à l'ALD et au PMSI, sur la base du numéro d'anonymat unique (numéro FOIN), afin de produire des indicateurs d'incidence provisoires dès 2010.

- ▶ Permettre par voie réglementaire la transmission à l'InVS des données anatomocytopathologiques.
- ▶ Définir, après accord entre l'INCa et les représentants des anatomocytopathologistes et en lien avec l'InVS, les items ACP minimaux opposables pour l'alimentation du dossier communicant de cancérologie (DCC).
- ▶ Poursuivre les travaux entre l'InVS et l'ASIP sur l'identifiant national de santé sur le cadre d'interopérabilité sémantique (contenu) et logicielle (standards et normes d'échange). Une autorisation d'utilisation de cet identifiant sera sollicitée auprès de la Cnil.

Pilote de l'action : InVS.

En partenariat avec les acteurs concernés.

Mesure 8.

Développer l'épidémiologie sociale des cancers.

CONTEXTE

Les inégalités de santé sont retrouvées de façon prégnante dans le champ du cancer, tant en termes de risque que de qualité de vie durant la prise en charge ou après le traitement, qu'en termes de survie. Ces inégalités sont d'ordre socioéconomique, géographique et démographique. Par exemple, le risque de mourir d'un cancer entre 30 et 65 ans est deux fois plus élevé chez les ouvriers que chez les cadres et les professions libérales ; la carte de surmortalité des cancers dessine un croissant Nord/Nord-Ouest, ainsi que dans les dernières années, une diagonale allant du Nord-Est à l'Auvergne.

La réduction de ces inégalités est au cœur des objectifs du Plan cancer 2009-2013. Il est donc nécessaire de faire l'état des lieux des données existantes et de celles qui seraient nécessaires pour mieux assurer le suivi de l'évolution des disparités. Le recueil et l'analyse des données permettant d'objectiver ces inégalités doivent être développés, notamment pour mieux comprendre les déterminants de ces inégalités, adapter les politiques, assurer le suivi et l'évaluation des mesures mises en œuvre.

OBJECTIFS

- ▶ Disposer d'un outil d'observation et de mesure des évolutions des inégalités dans le champ des cancers.
- ▶ Analyser les données disponibles : socioéconomiques, géographiques et démographiques relatives aux cancers et définir les indicateurs pertinents de suivi.
- ▶ Recueillir des informations sur les conditions de vie et la qualité de vie des malades atteints de cancer.
- ▶ Développer le recueil d'informations sur les stratégies d'intervention en s'appuyant sur les résultats des recherches actions.

ACTIONS

8.1 Améliorer l'observation des inégalités.

- ▶ Missionner le Haut conseil de la santé publique (HCSP) pour proposer la définition d'indicateurs pertinents, compte tenu des systèmes de recueil de données existants : et assurer le suivi des inégalités de santé dans le domaine du cancer, de ses facteurs de risque et de ses conséquences, notamment en termes de mortalité. Le HCSP caractérisera les inégalités territoriales d'accès aux services de prévention et de prise en charge des cancers et suivra leur évolution en fonction des actions menées par les agences régionales de santé. (Les mesures 2.1 et 2.2 concernent le domaine de la recherche, la mesure 8.1 s'applique aux indicateurs des grandes enquêtes nationales telles celles de l'Assurance maladie (SPSS), l'enquête décennale de l'Insee, et le Baromètre cancer).

Pilote de l'action : DGS.

En partenariat avec les acteurs concernés.

Liens avec les autres plans de santé publique.

Travaux contributifs à l'ensemble des plans de santé publique.

8.2 Analyser les évolutions des disparités socio-spatiales des cancers.

- ▶ Réaliser une étude tous les cinq ans de l'évolution socio-spatiale de la mortalité par cancers aux échelons territoriaux pertinents en fonction du poids de chacun des cancers.
- ▶ Développer des études, à un niveau agrégé (intégrant des indices géographiques de « défavorisation ») ou à un niveau individuel, croisant l'évolution de la mortalité avec celle des principaux indicateurs démographiques, sociaux, économiques et relatif à l'offre de soins et aux expositions connues.

Pilote de l'action : INCa.

En partenariat avec les acteurs concernés.

Évolution législative ou réglementaire.

Adapter la législation ou la réglementation en fonction des obstacles rencontrés.

Mesure 9.

Améliorer l'observation et la surveillance des cancers liés à l'environnement professionnel.

CONTEXTE

Selon les sources, 2,3 à 5 millions de salariés seraient exposés en France à des agents cancérogènes. L'InVS estime entre 3 et 6 % la part des cancers liés au travail, soit entre 5 000 et 10 000 nouveaux cas par an. Parmi les cancers d'origine professionnelle dont les facteurs de risque sont connus, plus de la moitié sont liés à l'exposition à l'amiante. Les mésothéliomes font l'objet d'un programme national de surveillance (PNSM) sur 22 départements et l'enregistrement exhaustif de tous les mésothéliomes incidents complètera utilement le Registre multicentrique national du mésothéliome pleural (Mesonat). Outre la connaissance toxicologique des produits, la constitution d'une cohorte de travailleurs multi-secteurs, multi-activités, multi-nuisances permettra un suivi au long cours de la santé de populations de travailleurs exposés. Les modifications de l'environnement pourraient être partiellement responsables de l'augmentation de l'incidence des cancers. En l'état actuel des connaissances, le pourcentage de cancers pouvant être attribué à l'environnement ne peut être calculé de façon fiable, aussi l'effort de recherche doit porter à la fois sur la mesure de l'exposition des populations à des cancérogènes avérés ou probables et sur l'existence et la nature du lien causal. Outre la mise en place, par le PNSE2, d'un système de biosurveillance, des études épidémiologiques nationales ciblées sont nécessaires pour améliorer les connaissances sur les effets cancérogènes de certains polluants. Enfin, il convient de développer l'investigation de suspicions d'agrégats de cancers que ce soit en population générale ou en milieu de travail.

OBJECTIF

- Renforcer les dispositifs d'observation et de surveillance des cancers liés à l'environnement général ou professionnel, améliorer les connaissances sur les effets différés des expositions et optimiser les capacités de veille et d'alerte pour la détection des risques émergents.

ACTIONS

9.1 Rendre obligatoire la déclaration des mésothéliomes.

- ▶ Instaurer par voie réglementaire une déclaration obligatoire (DO) des mésothéliomes quelle que soit la localisation anatomique et tester la faisabilité par une étude pilote avant d'en proposer la mise en œuvre.

Pilote de l'action : InVS.

En partenariat avec les acteurs concernés.

Évolution législative et réglementaire.

Décret modifiant l'article D.3113-7 du CSP fixant la liste des maladies à DO.

9.2 Développer des travaux à partir de cohortes existantes ou en cours de constitution.

- ▶ Poursuivre la réalisation par l'InVS de matrices emplois-expositions applicables à la population générale pour retracer les expositions professionnelles passées des sujets inclus dans la cohorte.
- ▶ Étudier la faisabilité du suivi d'indicateurs biologiques d'exposition des travailleurs et notamment des femmes.
- ▶ Mettre en place les outils de veille sur la santé des travailleurs exposés aux technologies nouvelles notamment aux nanoparticules intentionnellement fabriquées.

Pilote de l'action : InVS.

En partenariat avec les acteurs concernés.

9.3 Animer et piloter le recueil des signalements et des investigations de clusters de cancers en population générale et en milieu professionnel.

- ▶ Signer une convention entre l'InVS et les professionnels de terrain (médecins du travail, médecins traitants, CHSCT, inspection du travail) pour organiser le circuit de remontée des informations dont ils ont connaissance, dans le respect du secret professionnel.
- ▶ Améliorer les signalements des différents acteurs concernés par la mise en place d'un accord cadre avec l'InVS, en charge de la coordination et de la mise à jour des données.

Pilote de l'action : InVS.

En partenariat avec les acteurs concernés.

Axe Prévention Dépistage

Prévenir pour éviter des cancers ou réduire leur gravité

Il est possible d'agir pour diminuer l'incidence de certains cancers, par la réduction ou l'élimination des expositions aux facteurs de risque de cancers. Il est aussi possible d'en diminuer la gravité, de faire baisser la mortalité et d'améliorer la qualité ou la durée de survie par le repérage de facteurs de susceptibilité, le dépistage ou le diagnostic précoce. La loi « Hôpital, patients, santé, territoires » renforce la prévention des principaux facteurs de risque du cancer. Plusieurs mesures prioritaires ont été prises en faveur de la protection de la santé environnementale, des femmes et de certaines populations vulnérables.

La mise en œuvre de la prévention des cancers, qu'elle vise des déterminants ou facteurs de risque individuels ou environnementaux, requiert le développement de stratégies diversifiées individualisées ou collectives, s'appuyant sur la mobilisation de professionnels de multiples disciplines et de la société civile. Les professionnels de santé de première ligne, en particulier les médecins traitants, sont les plus à même de réaliser plus efficacement le repérage des expositions aux risques de cancers, de recommander les moyens de réduction des risques et de proposer les dépistages nécessaires (individuels ou dans le cadre du dépistage organisé). Ce sont eux qui ont la meilleure connaissance de l'individu, de son environnement et de son entourage et qui peuvent inscrire ces démarches aux moments opportuns de son parcours de vie ou de soins. La loi « Hôpital, patients, santé, territoires » a confirmé et renforcé le rôle primordial du médecin généraliste à tous les niveaux de la prévention.

Des dépistages organisés de certains cancers, du sein pour les femmes et du colorectal pour les deux sexes, sont systématiquement proposés

8 MESURES

PRÉVENTION

MESURE 10 : POURSUIVRE LA LUTTE CONTRE LE TABAC.

MESURE 11 : PROMOUVOIR DES ACTIONS DE PRÉVENTION
SUR LES LIENS ENTRE L'ALIMENTATION,
L'ACTIVITÉ PHYSIQUE ET LES CANCERS.

MESURE 12 : RENFORCER LA PRÉVENTION DES CANCERS
LIÉS À L'ENVIRONNEMENT EN PARTICULIER
DANS LE DOMAINE PROFESSIONNEL.

MESURE 13 : PRÉVENIR LES CANCERS D'ORIGINE INFECTIEUSE.

DÉPISTAGE

MESURE 14 : LUTTER CONTRE LES INÉGALITÉS D'ACCÈS
ET DE RECOURS AU DÉPISTAGE.

MESURE 15 : AMÉLIORER LA STRUCTURATION DU DISPOSITIF
DES PROGRAMMES NATIONAUX DE DÉPISTAGE
ORGANISÉ DES CANCERS.

MESURE 16 : IMPLIQUER LE MÉDECIN TRAITANT DANS
LES PROGRAMMES NATIONAUX DE DÉPISTAGE
ET GARANTIR L'ÉGALITÉ D'ACCÈS AUX TECHNIQUES
LES PLUS PERFORMANTES SUR L'ENSEMBLE
DU TERRITOIRE.

MESURE 17 : ASSURER UNE VEILLE SCIENTIFIQUE ET AMÉLIORER
LES CONNAISSANCES EN MATIÈRE DE DÉTECTION
PRÉCOCE DES CANCERS.

tous les deux ans aux personnes de 50 à 74 ans en France. Ces dépistages doivent respecter des contraintes fortes de qualité et de sécurité et leur impact dépend de la participation. Malgré une nette progression, leur intérêt n'est pas encore suffisamment compris. De nouvelles stratégies doivent être déployées afin que le plus grand nombre y participe, notamment pour limiter autant que possible les effets des inégalités sociales qui freinent la participation à ces dépistages. Ils doi-

vent aussi intégrer les progrès techniques en maintenant les exigences de qualité et de sécurité. À côté des programmes organisés visant des personnes à risque moyen, des actions et recommandations doivent être développées pour prendre en compte des risques aggravés ou des susceptibilités particulières, lorsque les moyens de dépistage et les bénéfices attendus le permettent.

Peser avec efficacité sur les déterminants des cancers exige d'imposer des contraintes sur les comportements individuels, l'offre et la demande de produits dont le rôle dans le processus de développement de cancers est établi. Le contrôle du respect des interdictions de l'utilisation de produits Cancérogènes, mutagènes ou reprotoxique (CMR) en milieu de travail doit être renforcé, de même que le développement de produits de substitution. Devant les incertitudes sur les liens ou le poids d'expositions environnementales, souvent diffuses et à doses faibles, la recherche doit être mobilisée et des comportements de précaution sont à rechercher collectivement.

Mesure 10.

Poursuivre la lutte contre le tabac.

CONTEXTE

Ces dernières années ont été marquées par une offensive conduite contre le tabac dans le cadre stratégique du Plan cancer 2003-2007. Cette politique qui recouvrait l'ensemble des champs d'action de la prévention du tabagisme a en partie porté ses fruits. Elle a en particulier eu des effets durables sur les plus jeunes (les mineurs) et les femmes, qui étaient les deux populations prioritaires des mesures. Le niveau global de prévalence en France n'en demeure pas moins encore trop élevé : avec environ 30 % de fumeurs en 2005, notre pays est encore loin de la cible d'une prévalence inférieure à 20 % recommandée par l'OMS. L'évaluation du Plan cancer par le Haut conseil de la santé publique (HCSP) a montré la gravité des conséquences de l'augmentation du tabagisme féminin dans les années 70, avec un accroissement de l'incidence et de la mortalité par cancers bronchopulmonaires chez les femmes, à l'inverse de l'évolution chez les hommes dont le tabagisme avait commencé à baisser à la même époque. Au plan stratégique, notre pays doit se conformer aux préconisations de la Convention-cadre internationale de lutte antitabac (CCLAT) de l'OMS que la France a ratifiée en 2004. Tout récemment, dans son rapport à la DGS, l'Académie nationale de médecine préconise de reprendre l'offensive contre le tabac. Cette invitation fait écho aux engagements des ministres en charge de la santé de l'Union européenne, mobilisés pour « réduire l'exposition des populations aux principaux facteurs de risques », dont le tabac, comme souligné dans les conclusions du Conseil de l'Europe « Réduire la charge que représente le cancer », adoptées le 10 juin 2008.

OBJECTIFS

- ▶ Réduire la prévalence du tabagisme de 30 % à 20 % dans la population française.
- ▶ Réduire les incitations multiples à la consommation de tabac, afin de limiter la demande de tabac, en prenant également en compte la nécessité de s'attaquer aux inégalités sociales et régionales face au tabac.

ACTIONS

10.1 Réduire l'attractivité des produits du tabac.

- ▶ Mettre en œuvre les avertissements sanitaires graphiques.

Pilote de l'action : DGS.

En partenariat avec les acteurs concernés.

- ▶ Proposer de mettre fin par voie législative à la publicité sur les lieux de vente et lors des retransmissions des images de sports mécaniques à la télévision.

Pilote de l'action : DGS.

En partenariat avec les acteurs concernés.

Évolution législative.

LRPSP 2010.

10.2 Renforcer la politique d'aide au sevrage tabagique.

- ▶ Développer l'accès aux substituts nicotiniques pour les femmes enceintes et les personnes bénéficiaires de la couverture médicale universelle complémentaire.

Mis en place le 1^{er} février 2007, un forfait financé par les caisses d'assurance maladie permet de rembourser les substituts nicotiniques et certains médicaments utilisés dans le sevrage tabagique, à hauteur de 50 € par an et par assuré. Ce forfait est d'ores et déjà ouvert aux femmes enceintes, tout comme aux patients bénéficiant de la couverture maladie universelle complémentaire.

Compte tenu des enjeux particuliers liés à l'arrêt du tabagisme pendant la grossesse, il est proposé de renforcer le forfait au bénéfice des femmes enceintes, ainsi qu'aux bénéficiaires de la CMU pour leur première année de prise en charge, pour lesquelles l'État et l'Assurance maladie porteront en 2010 la prise en charge à 150 €, permettant de rembourser trois mois de traitements de substitution.

Pilote de l'action : DSS.

En partenariat avec les acteurs concernés.

- ▶ Améliorer l'aide à distance et renforcer son accessibilité et son efficience.

Pilote de l'action : Inpes.

En partenariat avec les acteurs concernés.

- ▶ Développer des campagnes d'information sur les risques du tabagisme.

Pilote de l'action : Inpes.

En partenariat avec les acteurs concernés.

- ▶ Améliorer la qualité de l'aide à l'arrêt par de nouvelles recommandations professionnelles.

Pilote de l'action : HAS.

En partenariat avec les acteurs concernés.

10.3 Rendre plus régulière la publication de données sur la consommation de tabac.

- ▶ Renforcer le suivi des mesures de lutte contre le tabac par l'établissement d'un baromètre annuel.

Pilote de l'action : Inpes.

En partenariat avec les acteurs concernés.

10.4 Mettre en œuvre les mesures de protection des mineurs face au tabagisme adoptées dans la loi « Hôpital, patients, santé, territoires ».

- ▶ Assurer l'effectivité de l'extension de l'interdiction de vente du tabac aux mineurs de 16 à 18 ans.
- ▶ Rendre effective l'interdiction des cigarettes bonbons.

Pilote de l'action : DGS.

En partenariat avec les acteurs concernés.

10.5 Aboutir à l'interdiction de la vente des produits du tabac par internet par la signature d'un protocole additionnel à la Convention-cadre de la lutte antitabac en 2011.

Pilote de l'action : DGDDI (douanes).

En partenariat avec les acteurs concernés.

Mesure 11.

Promouvoir des actions de prévention sur les liens entre l'alimentation, l'activité physique et les cancers.

CONTEXTE

Le rôle des facteurs nutritionnels comme facteurs de protection ou de risque des cancers est de mieux en mieux connu comme l'atteste la publication du dernier rapport du WCRF/AICR « Food, Nutrition, Physical Activity, and the Prevention of Cancer : a Global Perspective » en novembre 2007. Ce dernier, considéré comme un document de référence internationale dans le domaine, a réévalué les niveaux de preuve des relations entre la nutrition et le risque de cancers. Il montre ainsi que certains facteurs comme l'activité physique, la consommation de fruits et légumes et l'allaitement peuvent réduire le risque de cancers. D'autres, en revanche, peuvent augmenter le risque de leur apparition ; c'est le cas du surpoids et de l'obésité, des boissons alcoolisées, des viandes rouges, de la charcuterie ou encore du sel. L'activité physique a un effet préventif sur le cancer du côlon, probable sur le cancer du sein (après la ménopause) et celui de l'endomètre. Par ailleurs, pour les patients atteints de cancer, pendant et après le traitement, une activité physique adaptée d'intensité faible à modérée améliore la qualité de vie et diminue la sensation de fatigue. À l'inverse, la sédentarité a été identifiée comme un facteur de risque pour certains cancers, à l'origine d'environ 2 200 décès par cancers par an en France. Or, il est à déplorer l'insuffisance de pratique d'activité physique par les enfants et les adultes notamment des zones urbaines sensibles, liée en particulier à un environnement immédiat peu propice. Adapter l'environnement urbain, poser la question de la conception des immeubles, afin de faciliter la pratique d'activité physique dans de bonnes conditions de sécurité est donc essentiel.

OBJECTIF

- Contribuer à rendre l'environnement favorable à l'adoption et au maintien d'une activité physique régulière, d'une alimentation saine pour tous les publics et particulièrement les personnes atteintes de cancer ou à risque.

ACTIONS

11.1 Informer les élus et fonctionnaires territoriaux sur les liens entre nutrition et cancers et sur le rôle de l'activité physique dans leur prévention.

Pilote de l'action : INCa.

Copilote : DGS.

En partenariat avec les acteurs concernés.

Liens avec les autres plans de santé publique.

PNNS.

PNSE2.

11.2 Soutenir des études sur les freins ou difficultés pour le développement d'une pratique d'activité physique, perçus tant par les habitants que les professionnels (architectes, urbanistes, animateurs sportifs et socioculturels...).

Pilote de l'action : DGS.

En partenariat avec les acteurs concernés.

Liens avec les autres plans de santé publique.

PNNS.

PNSE2.

Plan national de prévention par l'activité physique (PNAPS) (rapport, octobre 2008).

Plan national « bien vieillir » 2007-2009.

Plan pour l'amélioration de la qualité de vie des personnes atteintes de maladies chroniques 2007-2011.

11.3 Promouvoir des actions de sensibilisation sur l'activité physique auprès des futurs retraités, auprès des employeurs et des comités d'entreprise.

Cette action sera réalisée avec l'appui des organismes complémentaires de l'Assurance maladie.

Pilote de l'action : Inpes.

En partenariat avec les acteurs concernés.

Liens avec les autres plans de santé publique.

PNNS.

PNSE2.

Plan national de prévention par l'activité physique (PNAPS) (rapport, octobre 2008).

Plan national « bien vieillir » 2007-2009.

11.4 Améliorer la connaissance sur le risque nutritionnel et la prise en charge nutritionnelle des personnes atteintes de cancer.

- ▶ Lancer des appels à projets de recherche sur les risques nutritionnels et sur la prise en charge (nutritionnelle, activité physique, psychologique) des personnes atteintes de cancers, l'obésité étant notamment l'un des facteurs de risque de rechute du cancer du sein.
- ▶ Poursuivre le développement de la connaissance et de l'information sur le lien nutrition- activité physique et cancers dans le cadre du PNNS.
- ▶ Financer des études et réaliser des documents d'information sur l'état des connaissances.

Pilote de l'action : INCa.

En partenariat avec les acteurs concernés.

Liens avec les autres plans de santé publique.

PNNS.

PNSE2.

Plan national de prévention par l'activité physique (PNAPS) (rapport, octobre 2008).

Plan pour l'amélioration de la qualité de vie des personnes atteintes de maladies chroniques 2007-2011.

11.5 Préciser sur les contenants de boissons alcooliques la quantité d'alcool contenue afin de faciliter l'estimation de sa consommation.

Pilote de l'action : DGS.

En partenariat avec les acteurs concernés.

11.6 Renforcer les aides aux personnes en difficulté avec leur consommation d'alcool.

- ▶ Améliorer l'accès aux soins pour les personnes les plus en difficulté avec leur consommation d'alcool par le renforcement des moyens des centres de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie.

Pilote de l'action : DGS.

En partenariat avec les acteurs concernés.

- ▶ Développer l'aide à distance (téléphone, internet) pour les consommateurs à risque.

Pilote de l'action : Inpes.

En partenariat avec les acteurs concernés.

- ▶ Réévaluer les stratégies de formation du médecin traitant pour la diffusion du repérage précoce et de l'intervention brève.

Pilote de l'action : DGS.

En partenariat avec les acteurs concernés.

Liens avec les autres plans de santé publique.

Plan pour la prise en charge et la prévention des addictions 2007-2011.
Plan gouvernemental de lutte contre les drogues et les toxicomanies 2008-2011.

11.7 Mettre en œuvre les mesures relatives à l'offre d'alcool adoptées dans la loi « Hôpital, patients, santé, territoires » destinées à limiter l'offre d'alcool à destination des mineurs, dans les points de vente de carburant ainsi que les dispositions relatives aux « happy hours » et à la publicité encadrée sur internet.

Pilote de l'action : DGS.

En partenariat avec les acteurs concernés.

Mesure 12.

Renforcer la prévention des cancers liés à l'environnement en particulier dans le domaine professionnel.

CONTEXTE

Selon les sources, 2,3 à 5 millions de salariés seraient exposés en France à des agents cancérogènes et la part des cancers liés au travail est estimée entre 5 000 et 10 000 nouveaux cas par an. En 2006, 1 857 cancers ont été reconnus d'origine professionnelle, dont 1 619 dus à l'amiante. La difficulté d'une connaissance de la part attribuable à une exposition professionnelle tient au délai d'apparition des cancers, à leur origine plurifactorielle, à la méconnaissance de l'exposition et à la sous-déclaration des maladies professionnelles, aux moyens de recherche et de surveillance épidémiologiques insuffisants. S'y ajoutent la méconnaissance du lien entre travail et cancer et la difficulté d'identifier, en pratique médicale quotidienne, les personnes ayant un cancer pour lesquelles la recherche d'une étiologie professionnelle serait pertinente.

En matière de prévention du risque cancérogène en milieu professionnel, la France dispose d'un arsenal juridique complet, inscrit dans le cadre général du droit communautaire dont les directives fixent des prescriptions minimales. La stratégie de protection des travailleurs est fondée, en premier lieu, sur l'obligation de substitution particulièrement stricte s'agissant du risque chimique des produits cancérogènes, mutagènes ou reprotoxiques (CMR). En cas d'impossibilité technique, les expositions aux agents cancérogènes doivent être réduites au minimum par la mise en œuvre de protections adaptées.

Le cancer représente la première crainte de maladie liée à l'environnement. Selon l'InVS, 5 à 10 % des cancers seraient liés à des facteurs environnementaux. Confrontés à une demande d'information croissante, les médecins déplorent le manque de connaissances fiables et facilement accessibles sur cette thématique. En 2008, la lutte contre ces risques a fait l'objet d'un engagement des ministres de la santé de l'Union européenne à réduire l'exposition professionnelle, environnementale et alimentaire aux agents cancérogènes, dans les conclusions du Conseil de l'Europe « Réduire la charge que représente le cancer », reprenant la préoccupation exprimée par les ministres de l'environnement de l'Union européenne lors du Conseil « Environnement et santé » fin 2007. L'exposition aux rayonnements UV est la cause principale des cancers cutanés. Leur prévention s'articule avec les actions du PNSE2 dont l'un des objectifs est de réduire les expositions responsables de pathologies à fort impact sur la santé.

OBJECTIFS

- ▶ Mieux connaître les cancers professionnels.
- ▶ Garantir un suivi médical préventif pour les travailleurs exposés aux agents cancérigènes en élaborant des référentiels pour les médecins du travail.
- ▶ Améliorer le diagnostic des étiologies professionnelles des cancers.
- ▶ Réduire l'incidence des cancers cutanés et l'exposition aux UV naturels ou artificiels.
- ▶ Contrôler l'application de la réglementation.
- ▶ Contribuer à développer la traçabilité des expositions environnementales, notamment professionnelles, en lien avec les actions du PNSE2.

ACTIONS

12.1 Améliorer le recensement des cancers d'origine professionnelle.

Cette action s'appuiera sur la coordination des bases de données existantes (recensement et optimisation de l'utilisation des bases de données existantes), sur l'amélioration des outils statistiques existants et sur le croisement des approches par risque, par population et par répartition géo-spatiale.

Pilote de l'action : DGT.

En partenariat avec les acteurs concernés.

12.2 Effectuer des campagnes de contrôles renforcés de l'application des réglementations auprès de toutes les entreprises en ciblant sur les cancérigènes les plus utilisés et faire évoluer la réglementation.

Il s'agit de poursuivre les campagnes de contrôle afin de mesurer les évolutions, d'étendre à d'autres produits chimiques CMR (cancérigènes, mutagènes ou reprotoxiques), de faire évoluer les dispositions existantes notamment par la poursuite des travaux de transposition de la directive 2006/25/CE relative aux prescriptions minimales de sécurité et de santé sur l'exposition des travailleurs aux risques dus aux agents physiques (rayonnements optiques artificiels).

Pilote de l'action : DGT.

En partenariat avec les acteurs concernés.

12.3 Élaborer à l'attention des médecins du travail et des médecins traitants des recommandations de bonnes pratiques pour améliorer la surveillance médicale des travailleurs exposés à des CMR.

Ces recommandations seront élaborées par la Haute autorité de santé et applicables à l'ensemble de la population des travailleurs quel que soit leur statut (suivi en médecine du travail ou en suivi post-professionnel) et quel que soit le professionnel de santé.

Pilote de l'action : DGT.

En partenariat avec les acteurs concernés.

Évolution législative.

Projet de loi en fonction des résultats de la négociation entre les partenaires sociaux sur la réforme des services de santé au travail.

12.4 Expérimenter et évaluer l'intérêt de la mise en place de consultations spécifiques « cancer professionnel » pour améliorer le diagnostic des étiologies et la déclaration des cancers professionnels.

Cette expérimentation s'appuiera sur un appel à projets de recherche-action pour valider la pertinence du concept de consultation spécifique « cancers professionnels ».

Pilote de l'action : INCa.

En partenariat avec les acteurs concernés.

Liens avec les autres plans de santé publique.

Plan Santé Travail 2.
PNSE2.

Évolution législative.

PLHPST.
LRPSP 2010.

Autre : projet de loi en fonction des résultats de la négociation entre les partenaires sociaux sur la réforme des services de santé au travail.

12.5 Renforcer la prévention de l'exposition aux rayonnements UV.

- ▶ Mettre en place un dispositif d'information et de prévention sur les risques liés au rayonnement UV en 2009, en particulier le risque solaire et le risque induit par la fréquentation des cabines de bronzage. Ce dispositif ciblera plus particulièrement les jeunes enfants (via leurs parents), les adolescents et jeunes adultes, populations qui s'exposent le plus au rayonnement UV.
- ▶ Restreindre la mise sur le marché des produits de protection solaire n'offrant qu'une protection limitée aux seuls UVB, soit par l'interdiction — dans le respect des règles européennes — soit sur une base volontaire et des produits qui ne proposent pas une protection suffisante. De plus, des dispositions réglementaires devront être prises pour imposer une information sur les risques liés aux UV naturels et artificiels.
- ▶ Faire évoluer la réglementation européenne et nationale encadrant l'offre en matière de bronzage artificiel en limitant l'autorisation aux seuls appareils de type UV3 et contrôler le respect des dispositions, en rendant obligatoire le remplissage d'un formulaire de consentement éclairé par le client et en imposant l'information sur support écrit.
- ▶ Poursuivre les travaux de transposition de la directive 2006/25/CE du Parlement européen et du Conseil du 5 avril 2006 relative aux prescriptions minimales de sécurité et de santé relative à l'exposition des travailleurs aux risques dus aux agents physiques (rayonnements optiques artificiels).

Pilote de l'action : DGS.

En partenariat avec les acteurs concernés.

12.6 Mieux informer sur les risques liés au radon dans l'habitat.

Bien que le radon, gaz radioactif naturel, soit un cancérigène avéré auquel sont attribués 9 % des cancers du poumon et 2 % de tous les cancers en Europe, près de 62 % des personnes interrogées dans le baromètre Inpes-IRSN déclarent n'avoir jamais entendu parler de ce risque et seulement 12 % estiment être plutôt bien informées.

Un plan de gestion inscrit dans le deuxième plan national santé-environnement vise à la prise en compte du risque radon dans les règles de construction et au renforcement des mesures incitatives pour faciliter le repérage et la résolution des situations d'exposition dans l'habitat existant. La réussite de ce plan passe par une communication renforcée sur le risque lié à l'exposition au radon.

- ▶ Établir un plan de communication sur trois ans pour augmenter l'indice de notoriété national des dangers liés au radon dans l'habitat. Associer cette communication aux dangers liés au tabac dans l'objectif général de diminution des cancers du poumon.

Pilote de l'action : DGS.

En partenariat avec les acteurs concernés.

Liens avec les autres plans de santé publique.
PNSE2.

Mesure 13.

Prévenir les cancers d'origine infectieuse.

CONTEXTE

Plusieurs maladies infectieuses sont directement liées aux cancers ou contribuent à leur développement (cancers du col de l'utérus, cancers de l'estomac, du foie...). Pour d'autres cancers (par exemple les lymphomes), le lien avec des infections, notamment virales, est fortement soupçonné ; au cours de l'infection par le VIH, c'est l'immunodépression induite qui semble être le facteur principal dans la fréquence accrue de survenue de cancers. Plusieurs moyens peuvent être utilisés pour la prévention primaire (vaccination : VHB et HPV, réduction de la transmission des infections dans la vie courante et lors des soins) ou pour la prévention secondaire ou tertiaire (dépistage et traitement des infections).

Les infections chroniques par les virus des hépatites B et C touchent environ 500 000 personnes adultes âgées de 18 à 80 ans en France métropolitaine. Elles sont susceptibles d'évoluer vers une cirrhose et/ou un cancer du foie (4 000 décès par an dont environ un tiers par carcinome hépatocellulaire). Les données épidémiologiques montrent que le cancer gastrique le plus fréquent survient presque constamment au terme de l'évolution d'une inflammation de la muqueuse gastrique provoquée par l'infection chronique par une bactérie.

Le cancer du col de l'utérus est le dixième cancer chez la femme par sa fréquence, avec plus de 3 000 cas estimés pour l'année 2005, le quinzième cancer le plus meurtrier chez la femme avec plus de 1 000 décès estimés.

Deux vaccinations contre le VHB et les HPV sont disponibles. Elles ont fait l'objet de recommandations par le CTV-HCSP, sont intégrées dans le calendrier vaccinal et prises en charge par l'Assurance maladie. Toutefois, les couvertures vaccinales sont insuffisantes pour ces deux vaccinations, notamment pour les populations ciblées en priorité. Le dépistage des infections chroniques par le VHC ou le VHB, de même que la prise en charge des infections chroniques souffrent encore d'insuffisance.

OBJECTIF

- ▶ Prévenir les cancers d'origine infectieuse, ce qui implique la prévention, le dépistage et le traitement des infections elles-mêmes.

ACTIONS

13.1 Améliorer les taux de couverture vaccinale contre le HPV des jeunes filles de 14 ans.

- ▶ Diffuser une information publique et adaptée sur la vaccination anti-HPV, destinée aux jeunes filles de 14 ans et à leurs parents tout en soulignant que le dépistage par frottis cervico-utérin reste indispensable dès l'âge de 25 ans.
- ▶ Étudier les conditions du remboursement par l'Assurance maladie de l'achat des vaccins réalisés dans les centres de vaccination.
- ▶ Étudier les conditions d'amélioration de l'accès à la vaccination pour les mineures dont les parents n'acceptent pas la vaccination.

Pilote de l'action : DGS.

Copilote : INCa.

En partenariat avec les acteurs concernés.

13.2 Contribuer à la mise en œuvre des mesures du plan de lutte contre les hépatites virales B et C 2009-2012 notamment :

- ▶ Relancer la vaccination contre le VHB des populations ciblées (nourrissons, personnes exposées aux risques) par des informations auprès des médecins et des populations.
- ▶ Inciter au dépistage des porteurs chroniques des virus B et C.
- ▶ Améliorer l'accès aux soins et à la prise en charge des personnes infectées chroniques.

Pilote de l'action : DGS.

En partenariat avec les acteurs concernés.

13.3 Élaborer des documents d'information à l'attention des médecins pour améliorer le dépistage de personnes présentant une infection chronique à *Helicobacter pylori*, à l'origine de certains cancers de l'appareil digestif.

Pilote de l'action : INCa.

En partenariat avec les acteurs concernés.

13.4 Favoriser la prévention par une détection précoce et la prise en charge des cancers chez les personnes vivant avec le VIH (PVVIH).

- ▶ Poursuivre la veille épidémiologique et entreprendre des recherches sur les facteurs de risque de survenue des cancers au cours de l'infection au VIH.
- ▶ Renforcer le dépistage des lésions anales chez les personnes vivant avec le VIH : organiser l'accès aux consultations spécialisées au sein des établissements de santé membres des COREVIH.
- ▶ Lutter contre le tabagisme des PVVIH : améliorer et soutenir les collaborations entre équipes spécialisées pour le VIH et équipes d'addictologie et de tabacologie ; former les équipes soignantes du VIH au repérage et à la prise en charge de la dépendance tabagique.

Pilote de l'action : DGS.

En partenariat avec les acteurs concernés.

Liens avec les autres plans de santé publique.

Plan national de lutte contre les hépatites 2009-2012.

Plan gouvernemental de lutte contre les drogues et les toxicomanies 2008-2011.

Plan de prise en charge et de prévention des addictions 2007-2011.

Stratégie nationale pour l'amélioration de la protection vaccinale : en cours d'élaboration.

Plan VIH/IST 2009-2012.

Évolution législative.

LRPSP 2010 : ajouter un dernier alinéa à l'article L.3111-11 du code de la santé publique (CSP).

Compléter le deuxième alinéa de l'article L.3112-3.

Compléter l'article L.3111-5 du CSP.

Mesure 14.

Lutter contre les inégalités d'accès et de recours au dépistage.

CONTEXTE

Deux programmes nationaux de dépistage organisé du cancer du sein et du cancer colorectal ont été mis en place et généralisés progressivement, et un programme pilote de dépistage du cancer du col de l'utérus est également soutenu.

Le médecin traitant est au cœur du dispositif de dépistage du cancer colorectal puisqu'il recueille le consentement du patient, évalue les situations d'exclusion et remet le test, en expliquant les modalités de réalisation et conséquences en cas de positivité. Il est également en première ligne dans la gestion des faux positifs et faux négatifs du dépistage. Pour le dépistage du cancer du sein, il s'est investi grâce aux engagements conventionnels conclus depuis 2006 et son rôle est important concernant l'identification des niveaux de risque. Un programme intégré de dépistage du cancer du col utérin est en cours d'expérimentation. La formation des médecins doit aussi leur permettre de proposer un dépistage en délivrant une information appropriée sur les bénéfices et limites connus permettant un choix éclairé de la personne.

L'ensemble des populations concernées est invité par courrier personnalisé à participer à ces différents programmes de dépistage. Néanmoins, il existe des disparités de participation sur le territoire et de fortes inégalités, à la fois socio-économiques et culturelles. D'autre part, des inégalités existent en fonction du niveau de risque auquel est exposée une partie de la population ne relevant pas des programmes de dépistage.

Il est donc essentiel, pour rendre plus efficace la politique de dépistage des cancers, de faciliter la participation des médecins traitants, de réduire les facteurs d'inégalité et d'améliorer la prise en compte des différents niveaux de risque.

OBJECTIF

- Faciliter la participation des médecins traitants aux programmes de dépistage organisé et l'accès des personnes aux dépistages adaptés.

ACTIONS

14.1 Favoriser l'adhésion et la fidélisation dans les programmes de dépistage et réduire les écarts entre les taux de participation.

- ▶ Réaliser des études destinées, d'une part à identifier les freins à la participation et à la fidélisation notamment dans les départements ayant un taux de participation inférieur à 50 %, d'autre part à évaluer le maintien du double accès au dépistage des cancers du sein.
- ▶ Mobiliser les acteurs locaux les centres de coordination des dépistages des cancers et notamment *via* les Agences régionales de santé (ARS) pour relayer et adapter la politique nationale.
- ▶ Évaluer le respect du rythme et des bonnes pratiques de dépistages conformément aux cahiers des charges et recommandations.
- ▶ Informer les professionnels de santé et les populations cibles sur le rythme et les bonnes pratiques de dépistages.

Pilote de l'action : INCa.

Copilote : DGS.

En partenariat avec les acteurs concernés.

14.2 Mettre en place des actions visant à réduire les inégalités d'accès et de recours au dépistage (socio-économiques, culturelles et territoriales).

Cette action est mise en œuvre en lien avec les actions 2.1 et 8.1 du présent plan consacrées à la réduction des inégalités.

- ▶ Réaliser des études de géocodage et développer un système d'information géographique permettant une territorialisation du sous-dépistage et des facteurs d'inégalité.
- ▶ Susciter et financer des projets de recherche-action à destination des populations précaires ou en situation d'isolement (actions locales coordonnées par les ARS et le lancement d'appels à projets spécifiques) et organiser des séminaires d'échange et de partage d'expériences.
- ▶ Mobiliser les professionnels de santé pour sensibiliser les personnes ayant des problèmes d'accès aux soins en vue de leur intégration dans les programmes de dépistage (sein, colorectal et col utérin).

Pilote de l'action : INCa.

Copilote : DGS.

En partenariat avec les acteurs concernés.

14.3 Favoriser l'accès aux examens adaptés aux niveaux de risque.

- ▶ Élaborer et diffuser des recommandations visant à améliorer les conditions de dépistage des personnes à risque élevé et très élevé et favoriser l'accès aux stratégies de dépistage adaptées et l'adhésion de la population concernée.
- ▶ Informer sur les niveaux de risque et former les professionnels de santé à mieux orienter les personnes à risque élevé et très élevé en précisant notamment les modalités d'accès aux consultations d'oncogénétique (cancers du sein et colorectal).

Pilote de l'action : INCa.

En partenariat avec les acteurs concernés.

Mesure 15.

Améliorer la structuration du dispositif des programmes nationaux de dépistage organisé des cancers.

CONTEXTE

Au niveau national, la DGS assure le pilotage des programmes de dépistage en lien avec l'Assurance maladie et l'Institut national du cancer. Le financement du fonctionnement des centres de coordination locaux du dépistage (ou structures de gestion) est assuré à parts égales entre la DGS et l'Assurance maladie avec un budget standardisé (Formulaire Apache) et une remontée annuelle. Par ailleurs, pour le fonctionnement des programmes de dépistages, l'Assurance maladie finance la prise en charge des actes de dépistages et l'indemnisation des médecins généralistes.

La généralisation à l'ensemble du territoire des programmes de dépistage du cancer du sein et du cancer colorectal est effective. Une évaluation épidémiologique est effectuée régulièrement par l'Institut national de veille sanitaire. Des expérimentations relatives au dépistage du cancer du col de l'utérus sont en déploiement.

À l'échelon régional, les GRSP et les caisses d'Assurance maladie assurent la gestion et l'animation des programmes en lien avec le PRSP. Les Agences régionales de santé (ARS) devront prendre le relais. Au niveau local, le déploiement des programmes de dépistage organisé s'appuie sur les centres de coordination départementaux ou interdépartementaux (au nombre de 89 pour 100 départements). Nouveaux dans le champ de la santé, ces structures ou centres sont en grande majorité des associations.

OBJECTIF

- Consolider le dispositif des programmes nationaux de dépistages organisés des cancers.

ACTIONS

15.1 Rechercher une meilleure efficacité des dépistages organisés en optimisant le fonctionnement des structures de gestion appelées centres de coordination des dépistages des cancers.

- ▶ Poursuivre et améliorer la participation des populations cibles aux programmes nationaux de dépistages organisés du cancer du sein et du cancer colorectal. En lien avec la mesure 14.1 du présent plan, la participation aux deux programmes devrait augmenter au cours de la période couverte par le Plan cancer de 52,3 % en 2008 à plus de 65 % en 2013 pour le dépistage du cancer du sein et de 43 % en 2006 à plus de 60 % en 2013 pour le dépistage du cancer colorectal. Le déremboursement du dépistage individuel du cancer du sein réalisé en dehors du programme national pourra être étudié.
- ▶ Établir des référentiels de bonnes pratiques et de bonne gestion financière, en optimisant et professionnalisant le fonctionnement des centres de coordination des dépistages des cancers.
- ▶ Renforcer le pilotage du dispositif des programmes nationaux de dépistage par la mise en place d'une conférence nationale des acteurs du dépistage permettant d'avoir un retour d'information sur la perception du fonctionnement du programme.
- ▶ Effectuer des analyses sur les aspects juridiques et organisationnels du dispositif des dépistages pour identifier les obstacles au bon fonctionnement et les tâches confiées aux centres de coordination des dépistages et les pratiques qui peuvent être optimisées ou mutualisées en lien avec l'Assurance maladie et assurer leur ancrage dans le dispositif de prévention français.

Pilote de l'action : DGS.

Copilotes : INCa et Assurance maladie.

En partenariat avec les acteurs concernés.

15.2 Améliorer le suivi des résultats du dépistage.

- ▶ Finaliser la mise en place des tableaux de bords d'indicateurs de pilotage du programme de dépistage organisé sur le sein et mettre en place ceux relatifs aux autres localisations, colorectal et col de l'utérus.
- ▶ Lancer un appel d'offres destiné à mettre en place un espace partagé d'information qui permettra la transmission automatisée et régulière des résultats communiqués par les centres de coordination du dépistage et destinés aux instances de pilotage régionales et nationales.
- ▶ Poursuivre la construction et assurer l'évolution d'un système d'information national partagé impliquant les différents partenaires, par la recherche de méthodes optimisant la qualité et l'exhaustivité des données dans le respect des règles de sécurité et de confidentialité.

Pilote de l'action : INCa.

Copilote : DGS.

En partenariat avec les acteurs concernés.

Mesure 16.

Impliquer le médecin traitant dans les programmes nationaux de dépistage et garantir l'égalité d'accès aux techniques les plus performantes sur l'ensemble du territoire.

CONTEXTE

Le cancer colorectal se situe au 3^e rang des cancers dans la population (37 400 nouveaux cas par an) et au 2^e rang des décès par cancer (17 000 décès).

Parmi les cancers féminins, le cancer du sein est le premier cancer en termes d'incidence (49 800 nouveaux cas) et demeure la principale cause de mortalité par cancer chez les femmes (11 200 décès annuels). L'incidence annuelle des cancers du col de l'utérus est en recul depuis 30 ans (3 068 nouveaux cas en 2005), mais leur taux de mortalité demeure très important (plus de 1 000 décès par an).

Ces cancers représentent en France un véritable enjeu de santé publique. Il existe des stratégies de dépistage validées, qui ont prouvé leur efficacité en termes d'impact sur la mortalité, ayant conduit à la mise en place de programmes nationaux, en 2004 pour le dépistage du cancer du sein et en 2008 pour le dépistage du cancer colorectal, après des expériences pilotes. Un programme de dépistage du cancer du col de l'utérus est expérimenté dans quelques départements. L'évolution des programmes existants et la mise en place de nouvelles techniques de dépistage (tests immunologiques pour le cancer colorectal, mammographie numérique pour le cancer du sein, test HPV pour le cancer du col de l'utérus) s'appuient sur l'évolution des connaissances et les recommandations des agences sanitaires, des sociétés savantes et de la HAS.

OBJECTIFS

- ▶ Faciliter l'inclusion par le médecin généraliste des personnes ciblées, dans les programmes de dépistage organisés ou à une stratégie de détection précoce adaptée à chaque niveau de risque.
- ▶ Faire évoluer les programmes nationaux de dépistage organisés des cancers en fonction des techniques les plus performantes et de nouvelles stratégies, dans les meilleures conditions d'efficacité et de qualité.

ACTIONS

16.1 Augmenter l'implication des médecins traitants dans les dispositifs de programmes nationaux de dépistage organisé des cancers.

La loi « Hôpital, patients, santé, territoires » a confirmé le rôle pivot du médecin généraliste. Il importe donc de confier au médecin généraliste une mission clé dans la participation de la population aux dépistages des cancers.

- ▶ Renforcer dans le cadre conventionnel, des mesures incitatives, contractuelles et réalistes, visant à améliorer l'inclusion des personnes dans les programmes de dépistage des cancers par les médecins traitants en fonction des objectifs nationaux négociés et reconnaître leur rôle de santé publique dans la prévention des cancers.

Pilote de l'action : DSS.

En partenariat avec les acteurs concernés.

- ▶ Assurer la mise à disposition des médecins traitants d'outils de formation, d'information, d'inclusion dans les programmes de dépistage.

Ces outils doivent permettre aux médecins généralistes de proposer la stratégie de détection précoce et de dépistage adaptée à chaque niveau de risque, les aider à l'inclusion dans les programmes de dépistage des personnes ciblées et leur assurer un retour systématique d'informations personnalisées sur la pratique de dépistage dans leur patientèle.

Pilote de l'action : INCa.

En partenariat avec les acteurs concernés.

16.2 Définir les modalités d'évolution vers de nouvelles techniques de dépistage et des stratégies des programmes nationaux de dépistage.

- ▶ Soutenir des expérimentations portant sur de nouvelles modalités de dépistage des cancers. Ces études devront répondre à l'intérêt que pourrait apporter une extension de la tranche d'âge de la population invitée à participer au dépistage du cancer du sein. Elles prendront notamment en compte les aspects médico-économiques, les enjeux éthiques et déontologiques.

Pilote de l'action : INCa.

Copilote : DGS.

En partenariat avec les acteurs concernés.

16.3 Déployer progressivement l'utilisation du test immunologique de dépistage du cancer colorectal sur l'ensemble du territoire.

Il s'agit de définir des modalités d'utilisation optimale des tests immunologiques et publier des référentiels de bonnes pratiques et d'assurance qualité (achat, envois postaux, lecture du test...).

- ▶ Élaborer et diffuser des outils de formation et d'information, en direction des médecins traitants, adaptés aux nouvelles modalités du programme de dépistage organisé du cancer colorectal, notamment axés sur l'intérêt et la réalisation du test immunologique.
- ▶ Assurer la continuité, la qualité et la sécurité du programme de dépistage organisé du cancer colorectal par l'intégration progressive des centres de coordination des cancers candidats et par la mise en place du dispositif de suivi de l'impact de l'utilisation du test immunologique sur la performance et la qualité du programme.

Pilote de l'action : INCa.

Copilote : DGS.

En partenariat avec les acteurs concernés.

16.4 Définir les modalités techniques permettant d'exploiter pleinement les possibilités offertes par les mammographes numériques pour le dépistage du cancer du sein.

- ▶ Étudier la faisabilité de la transmission et de l'archivage numérique.
- ▶ Expérimenter et évaluer sur sites pilotes les différentes options d'exploitation dématérialisée offertes par les mammographes numériques afin de définir une stratégie nationale.

Pilote de l'action : INCa.

En partenariat avec les acteurs concernés.

16.5 Étudier l'impact des nouvelles technologies de recherche du *papillomavirus* et de la vaccination sur l'ensemble de la stratégie de lutte contre le cancer du col de l'utérus.

- ▶ Définir par des expérimentations, les modalités pratiques, les algorithmes décisionnels en cas de positivité du test et évaluer l'opportunité d'organiser le dépistage en fonction notamment des expériences pilotes ainsi que le rapport coût efficacité.

Pilote de l'action : INCa.

En partenariat avec les acteurs concernés.

- ▶ Développer des actions d'information à destination des professionnels de santé accompagnant la vaccination HPV, en les adaptant aux personnes les plus vulnérables, dans le cadre d'une stratégie intégrée de lutte contre le cancer du col, tout en rappelant la nécessité d'un dépistage régulier.

Pilote de l'action : INCa.

En partenariat avec les acteurs concernés.

- ▶ Contribuer au suivi de l'évolution de l'écologie virale en lien notamment avec le Centre national de référence des *papillomavirus* et les centres de coordination des dépistages déployant un programme de dépistage du cancer du col utérin.

Pilote de l'action : INCa.

Copilote : DGS.

En partenariat avec les acteurs concernés.

- ▶ Établir des recommandations de bonnes pratiques en matière de dépistage du cancer du col de l'utérus : tests, fréquence, conduite à tenir selon les situations.

Pilote de l'action : HAS.

Copilote : INCa.

En partenariat avec les acteurs concernés.

16.6 Expérimenter des stratégies d'actions intégrées de dépistage du cancer du col de l'utérus en permettant l'accès au dépistage des femmes peu ou non dépistées.

- ▶ Expérimenter sur quelques sites, en complément des expérimentations réalisées sur trois sites pilotes, l'application d'un cahier des charges d'une organisation du dépistage du cancer du col de l'utérus par frottis, la réalisation d'expériences innovantes vers les populations non dépistées et la constitution d'un réseau de surveillance des lésions précancéreuses et cancéreuses.

Pilotes de l'action : DGS, INCa.

En partenariat avec les acteurs concernés.

Mesure 17.

Assurer une veille scientifique et améliorer les connaissances en matière de détection précoce des cancers.

75

CONTEXTE

Pour de nombreux cancers, un diagnostic précoce est associé à des traitements moins lourds et à de meilleures chances de guérison, en limitant les séquelles. Ce diagnostic précoce repose sur le dépistage lorsqu'il est possible, par la pratique d'examens en l'absence de symptômes, et sur la détection précoce des signes d'alerte dès leur apparition. Cependant le bénéfice du dépistage varie en fonction des localisations et certaines actions peuvent s'avérer plus efficaces en ciblant les personnes à niveau de risque élevé.

Le cancer de la prostate est le plus fréquent de tous les cancers avec 62 245 nouveaux cas par an. Avec 9 202 décès, ce cancer se situe au 2^e rang des décès par cancer chez l'homme. D'importantes questions autour du dépistage de ce cancer restent aujourd'hui posées, en particulier l'impact du dépistage en termes d'amélioration de la survie, mais aussi les risques du surdiagnostic et surtout de surtraitement principalement en cas de cancer peu agressif diagnostiqué à un stade très précoce. Le mélanome malin cutané est à l'origine de 1 500 décès annuels en France. Son incidence estimée est de 7 500 cas en 2008. Les cancers de la cavité buccale sont estimés à 7 500 nouveaux cas en France et causent 1 875 décès chaque année. Les cancers du poumon, les plus mortels, sont estimés en 2005 à 30 650 nouveaux cas et sont responsables de 26 600 décès.

Les actions relatives à la détection précoce de ces cancers, plus ou moins applicables selon les localisations concernées, comportent : le renforcement de l'information de la population générale, la formation et l'implication de plusieurs catégories de professionnels de santé, l'amélioration du diagnostic précoce et la mise au point des marqueurs d'évolutivité, la validation de nouveaux tests ou stratégies de dépistage. La mise en place d'une veille scientifique et de programmes de recherche doit permettre de faire évoluer les dispositifs de dépistage organisé, les recommandations et les stratégies de dépistage ou de détection précoce pour les cancers faisant l'objet d'un dépistage à titre individuel ou ne faisant pas encore l'objet de préconisation de dépistage.

OBJECTIF

- Améliorer les conditions de détection précoce de certains cancers et de prise en compte des nouvelles opportunités de dépistage adaptées à l'évolution des connaissances.



ACTIONS

17.1 Définir une stratégie de détection précoce du cancer de la prostate.

- ▶ Définir de nouvelles stratégies nationales de prévention et de dépistage des cancers de la prostate s'appuyant sur un programme d'actions intégrées de recherche, qui tiennent compte des données scientifiques, du rapport bénéfice/risque et des aspects éthiques et organisationnels.
- ▶ Élaborer et assurer la diffusion par les prescripteurs d'une information claire sur les bénéfices/risques du dépistage des cancers de la prostate, en fonction des modalités de prises en charge (surveillance active, traitements locaux, traitement radical).

Pilote de l'action : INCa.

En partenariat avec les acteurs concernés.

- ▶ Élaborer, le cas échéant, des recommandations en matière de dépistage du cancer de la prostate à destination des professionnels de santé, adaptées à l'état des connaissances et aux différents niveaux de risque identifiés afin de préciser les modalités d'utilisation des tests notamment chez les hommes à plus haut risque, en cas d'antécédent familial au 1^{er} degré, et chez les hommes d'origine antillaise ou africaine.

Pilote de l'action : INCa.

En partenariat avec les acteurs concernés.

17.2 Améliorer la détection précoce des cancers de la peau.

- ▶ Analyser l'évolution des stades au moment du diagnostic des mélanomes et de la prise en charge des patients (parcours avant le diagnostic, de la détection jusqu'à la prise en charge) pour identifier les pistes d'amélioration.

Pilote de l'action : INCa.

Copilote : InVS.

En partenariat avec les acteurs concernés.

- ▶ Développer des partenariats avec les professionnels de santé concernés afin d'améliorer, par une approche intégrée, la cohérence et l'articulation entre les campagnes de prévention et les actions de détection précoce du mélanome ainsi que la compréhension des messages par le public.

Pilote de l'action : Inpes.

En partenariat avec les acteurs concernés.

- ▶ Élaborer et diffuser auprès des professionnels de santé (médecins généralistes, paramédicaux) des outils d'information, de formation initiale et continue sur la détection précoce des cancers de la peau, sur l'identification des terrains à risque et les modalités spécifiques de prévention et de surveillance nécessitant notamment la consultation anticipée du dermatologue.
- ▶ Informer le grand public sur la détection précoce des mélanomes et sensibiliser les professionnels au dépistage précoce.

Pilote de l'action : INCa.

En partenariat avec les acteurs concernés.

17.3 Améliorer la détection précoce des cancers de la cavité buccale.

- ▶ Suivre l'évolution des stades au moment du diagnostic des cancers de la cavité buccale et réaliser des études sur les caractéristiques démographiques et socio-économiques des patients, leur parcours depuis la détection jusqu'à la prise en charge ainsi que les difficultés d'accès aux soins.

Pilote de l'action : INCa.

Copilote : InVS.

En partenariat avec les acteurs concernés.

- ▶ Développer ou adapter les différents supports notamment de formation à distance sur le repérage des cancers de la cavité buccale.
- ▶ Élaborer et diffuser des documents d'information sur les cancers de la cavité buccale pour le public, notamment par le biais des professionnels de santé plus directement concernés (médecins généralistes, ORL, stomatologistes, chirurgiens-dentistes, etc.).

Pilote de l'action : INCa.

En partenariat avec les acteurs concernés.

- ▶ Promouvoir, par des appels à projets dédiés, des expérimentations d'action de détection précoce ciblant les populations à risque identifiées.

Pilote de l'action : INCa.

En partenariat avec les acteurs concernés.

17.4 Prendre en compte les nouvelles opportunités de dépistage en fonction de l'évolution des connaissances et des traitements.

- ▶ Organiser la veille scientifique sur l'épidémiologie des cancers, sur les facteurs et niveaux de risque, sur les populations cibles, et promouvoir la recherche sur les nouveaux tests et les nouvelles stratégies de dépistage et de détection précoces adaptées aux différents niveaux de risque, en vue d'élaborer des recommandations.

Pilote de l'action : INCa.

En partenariat avec les acteurs concernés.

- ▶ Organiser une concertation sur les évolutions et les enjeux des dépistages et publier un état des lieux annuel des dépistages des cancers.

Pilote de l'action : INCa.

Copilote : DGS.

En partenariat avec les acteurs concernés.

Axe Soins

Garantir à chaque patient un parcours de soins personnalisé et efficace

Le plan 2009-2013 devra pérenniser et renforcer les avancées permises par le Plan cancer 2003-2007 en termes de qualité et d'organisation des soins, mais il s'attachera également à améliorer le parcours de soins des personnes atteintes par le cancer, qui manque trop souvent encore de continuité entre l'hôpital et le domicile. Une vraie coordination est aujourd'hui nécessaire pour éviter des sentiments de rupture ou d'abandon, pour mieux accompagner les malades durant leur traitement et préparer avec eux la période de l'après cancer. Le médecin traitant est le référent médical légitime pour coordonner les soins à domicile, aux côtés des autres professionnels de santé de proximité, que sont les infirmiers libéraux, les pharmaciens et les acteurs des réseaux de santé. Cette coordination sera renforcée par des compétences spécifiques sous forme de postes infirmiers, chargés prioritairement de l'articulation entre la ville et l'hôpital. En ce sens, la loi « Hôpital, patients, santé, territoires » a mis en place des mesures de nature à favoriser la coordination des soins et à améliorer la qualité de la prise en charge.

Un égal accès aux traitements et à l'innovation constitue également une priorité ainsi que le développement de certaines prises en charge très spécialisées pour les cancers rares et les cancers chez les enfants et les adolescents. L'augmentation attendue, dans les années qui viennent, des cancers chez les personnes âgées renforce l'importance à accorder à l'oncogériatrie. Il faudra également mieux répondre aux questions et au suivi des personnes atteintes de prédispositions génétiques aux cancers.

7 MESURES

MESURE 18 : PERSONNALISER LA PRISE EN CHARGE DES MALADES
ET RENFORCER LE RÔLE DU MÉDECIN TRAITANT.

MESURE 19 : RENFORCER LA QUALITÉ DES PRISES EN CHARGE
POUR TOUS LES MALADES ATTEINTS DE CANCER.

MESURE 20 : SOUTENIR LA SPÉCIALITÉ D'ANATOMOPATHOLOGIE.

MESURE 21 : GARANTIR UN ÉGAL ACCÈS AUX TRAITEMENTS
ET AUX INNOVATIONS.

MESURE 22 : SOUTENIR LA RADIOTHÉRAPIE.

MESURE 23 : DÉVELOPPER DES PRISES EN CHARGE SPÉCIFIQUES
POUR LES PERSONNES ATTEINTES DE CANCERS RARES
OU PORTEUSES DE PRÉDISPOSITIONS GÉNÉTIQUES
AINSI QUE POUR LES PERSONNES ÂGÉES, LES ENFANTS
ET LES ADOLESCENTS.

MESURE 24 : RÉPONDRE AUX DÉFIS DÉMOGRAPHIQUES
DES PROFESSIONS ET FORMER À DE NOUVELLES
COMPÉTENCES.

L'information donnée aux patients sera fortement développée car elle est un levier essentiel du processus de démocratie sanitaire.

Deux disciplines font l'objet de mesures spécifiques : l'anatomocytologie et la radiothérapie.

En parallèle, pour accompagner l'évolution des pratiques, il est essentiel de renforcer le nombre et la formation des professionnels et de leur permettre d'acquérir de nouvelles compétences.

Mesure 18.

Personnaliser la prise en charge des malades et renforcer le rôle du médecin traitant.

CONTEXTE

La complexité des parcours de soins en cancérologie et la multiplicité des acteurs nécessitent une meilleure coordination pour que les malades soient mieux accompagnés pendant et après la phase aiguë de leur traitement. Les patients demandent un parcours de soins plus fluide pour éviter tout sentiment de rupture, en particulier entre l'hôpital et la ville. Le médecin traitant dont le rôle de pivot a été confirmé dans la loi « Hôpital, patients, santé, territoires » est un acteur essentiel de la prise en charge en ville et doit être mieux informé et associé à ce parcours afin qu'il dispose de tous les éléments pour assurer pleinement la prise en charge globale de proximité du patient. Un relais concret entre les équipes hospitalières et les professionnels de proximité, que représentent, en particulier aux côtés des médecins généralistes, les infirmiers libéraux, les pharmaciens et les réseaux territoriaux de santé poly-thématiques, est un facteur clé de la réussite de cette coordination. Des formations seront développées pour ces professionnels de santé de proximité, afin qu'ils disposent de l'accès à une actualisation de leurs connaissances ainsi que d'outils pour faciliter la continuité des prises en charge sur le terrain *via*, en particulier, le dossier communicant de cancérologie (DCC).

OBJECTIFS

- ▶ Améliorer le parcours de soins des malades, par la mise en place de postes de soignants chargés de coordonner ce parcours entre l'hôpital et le domicile.
- ▶ Mieux impliquer les médecins traitants ainsi que les autres acteurs de proximité, infirmiers libéraux et pharmaciens en particulier, pour qu'ils accompagnent les malades atteints de cancer pendant et après leur traitement.
- ▶ Développer les outils de coordination et de partage entre professionnels de santé hospitaliers et libéraux.
- ▶ Élaborer et mettre en œuvre un plan d'actions conjoint entre l'INCa et l'Agence des systèmes d'information en santé (ASIP) pour développer l'usage et les services du DCC dans le contexte du déploiement du Dossier médical personnel (DMP).

ACTIONS

18.1 Coordonner les parcours de soins des malades pendant la phase active du traitement grâce à des coordonnateurs de soins.

- ▶ Élaborer un cahier des charges précisant les missions attendues des infirmiers coordonnateurs de soins. Les acteurs de la ville, de l'hôpital et de l'université ainsi que les représentants des patients seront associés à cette élaboration.
- ▶ Expérimenter la mise en place des infirmiers coordonnateurs de soins *via* des appels à projets, qui s'adresseront aux établissements de santé. Ces projets impliqueront les médecins généralistes, les structures de coordination ville-hôpital du territoire de santé et les centres de coordination en cancérologie.
- ▶ Personnaliser les parcours des malades en déployant la coordination réalisée par des infirmiers coordonnateurs de soins en s'appuyant sur l'évaluation des expérimentations. Les postes d'infirmiers d'annonce pourront être élargis pour intégrer ces nouvelles missions.
- ▶ Faire bénéficier 80 % des patients au moins d'un programme personnalisé de soins (cf. mesure 19).

Pilote de l'action : DHOS.

Copilote : INCa.

En partenariat avec les acteurs concernés.

18.2 Conforter la fonction de proximité du médecin traitant pendant la phase thérapeutique aiguë et lors de la période de surveillance.

- ▶ Élaborer des recommandations sur la surveillance partagée entre médecins hospitaliers et médecins traitants, avec une première priorité concernant les cancers du sein et les cancers colorectaux.
- ▶ Développer la formation médicale continue en cancérologie pour les médecins généralistes.
- ▶ Lancer des expérimentations régionales de nouveaux modes de rémunération pour les professionnels libéraux, menées par les Agence régionales de santé (ARS) sur la base de l'article 44 de la LFSS 2008, en s'appuyant sur les recommandations de surveillance partagée et les résultats des expérimentations d'infirmiers coordonnateurs (cf. action 18.1).

Pilote de l'action : DHOS.

Copilotes : DSS, INCa, CNAMTS.

En partenariat avec les acteurs concernés.

18.3 Partager les données médicales entre professionnels de santé.

Le partage et l'échange de données médicales entre professionnels de santé, hospitaliers et libéraux, en particulier le médecin généraliste, ainsi que la mise à disposition de services spécifiques, aidant en pratique les professionnels (annuaire et gestion des RCP par exemple), sont des facteurs d'amélioration de la qualité en participant à une meilleure coordination du parcours de soins des malades. Le DCC et le DMP constituent à cet effet le support logique de cet échange en cancérologie.

- ▶ Formaliser et tester le contenu minimal du courrier récapitulatif de sortie adressé au médecin traitant.
- ▶ Déployer le DCC dans le cadre de la relance du DMP et élaborer un cahier des charges spécifique et un programme d'actions.

Pilote de l'action : INCa.

Copilotes : ASIP, GIP DMP.

En partenariat avec les acteurs concernés.

Mesure 19.

Renforcer la qualité des prises en charge pour tous les malades atteints de cancer.

85

CONTEXTE

La mise en place du dispositif d'annonce et la généralisation des concertations pluridisciplinaires sont largement reconnues comme des mesures ayant amélioré la qualité des soins en cancérologie. Cependant, il convient d'aller plus loin en étendant ces dispositifs à tous les établissements dans le cadre d'une démarche de qualité transversale et en accompagnant la mise en œuvre du dispositif d'autorisation, appuyé sur des critères qui assurent à tous un niveau de sécurité, de qualité et d'accessibilité équivalent sur le territoire. Le renforcement de la pluridisciplinarité, de la transversalité, grâce notamment à l'usage de supports de communication nouveaux, est un des gages de cette qualité des prises en charge. La loi « Hôpital, patients, santé, territoires » permet un meilleur maillage des ressources de santé au sein des territoires et favorise la transversalité d'actions des différents acteurs de santé.

OBJECTIFS

- ▶ Améliorer la qualité des prises en charge pour tous les malades.
- ▶ Accompagner la mise en place du dispositif des autorisations de traitement du cancer, en préparant son évolution.
- ▶ Mieux connaître les délais de prise en charge afin de réduire les inégalités d'accès aux soins que constituent les retards éventuels.
- ▶ Mettre à disposition des patients une information de référence sur les cancers.

ACTIONS

19.1 Généraliser l'accès aux mesures transversales lancées par le Plan cancer précédent, améliorant la qualité de toute prise en charge en cancérologie.

La généralisation de la mise en œuvre des mesures qualité (dispositif d'annonce, pluridisciplinarité, programme personnalisé de soins, accès aux soins de support) devra être effective d'ici la fin 2011, puisque ces éléments sont constitutifs de l'autorisation donnée aux établissements de santé pour traiter les malades atteints de cancer.

- ▶ Préparer un plan de montée en charge du dispositif d'annonce au niveau de chaque établissement de santé autorisé et le mettre en œuvre d'ici 2011.
- ▶ Faire valider par un comité de patients le format du Programme personnalisé de soins (PPS) dont chaque malade dispose. Ce PPS



sera complété par un programme personnalisé de l'après cancer prenant en compte la période qui suit la première phase du traitement (cf. mesure 25.2).

- ▶ Définir un cadre de référence national pour les réunions de concertation pluridisciplinaire (INCa) et systématiser leurs audits qualité, pilotés par les réseaux régionaux de cancérologie.
- ▶ Renforcer les soins de support en intégrant mieux la lutte contre la douleur et le recours à la démarche palliative quand il s'avère nécessaire.

Pilote de l'action : DHOS.

Copilote : INCa.

En partenariat avec les acteurs concernés.

19.2 Conforter le financement des mesures qualité.

Le déploiement pérenne des mesures qualité sera soutenu par de nouvelles modalités de financement.

- ▶ Mettre en place à compter de 2010 de nouvelles modalités de financement des mesures qualité transversales en cancérologie (dispositif d'annonce, pluridisciplinarité, soins de support et remise du PPS au malade) pour assurer leur déploiement pérenne.
- ▶ Moderniser, à coût constant, la cotation CCAM (Classification commune des actes médicaux) des actes médicaux de chimiothérapie ambulatoire en secteur privé.

Pilote de l'action : DHOS.

Copilotes : INCa, ARS.

En partenariat avec les acteurs concernés.

Liens avec les autres plans de santé publique.

Plan maladies chroniques. Plan soins palliatifs. Plan douleur.

19.3 Accompagner la mise en place des critères d'agrément et des décrets d'autorisation du cancer et clarifier le positionnement et le rôle des organisations existantes.

- ▶ Préparer la version 2013 des critères d'agrément.
- ▶ Mettre en conformité les établissements de santé autorisés à traiter les cancers d'ici 2011 avec l'ensemble des critères prévus par les décrets de mars 2007.
- ▶ Créer un comité national qui suivra le déploiement de ce dispositif et associera, sous le pilotage de la DHOS, l'INCa, les ARS, la CNAMTS, les fédérations hospitalières et les représentants d'usagers et de malades en particulier. Il publiera un rapport annuel sur la mise en œuvre du dispositif.

- ▶ Élaborer un document de référence pour clarifier le positionnement et le rôle des organisations existantes : centres de coordination en cancérologie (3C), réseaux régionaux et pôles régionaux de cancérologie.
- ▶ Élaborer des référentiels spécifiques pour les structures d'hospitalisation à domicile réalisant des chimiothérapies.

Pilote de l'action : DHOS.

Copilote : INCa

En partenariat avec les acteurs concernés.

Liens avec les autres plans de santé publique.

Plan soins palliatifs. Plan maladies chroniques.

19.4 Mener une étude sur les délais de prise en charge dans plusieurs régions.

Pour disposer d'un état des lieux objectif sur les délais de prise en charge, il est nécessaire de suivre l'impact du dispositif des autorisations, rendre compte du maintien de l'accessibilité pour tous, y compris pour les patients les plus vulnérables. Une étude spécifique sera réalisée avec l'appui des réseaux régionaux de cancérologie en 2010 et 2011. Cette étude concernera les quatre cancers les plus fréquents. Les parcours de soins des malades, lors des étapes cruciales de la prise en charge, seront analysés ainsi que les inégalités d'accès aux soins.

Pilote de l'action : INCa.

En partenariat avec les acteurs concernés.

19.5 Rendre accessible aux patients une information de référence sur les cancers afin d'en faire des acteurs du système de soins.

- ▶ Mettre à disposition des personnes malades et de leurs proches des guides d'information de référence, conçus en miroir des référentiels destinés aux spécialistes et élaborés selon les méthodologies HAS/INCa. Toutes les localisations de cancer seront traitées dans les 5 ans.
- ▶ Mettre en place la plateforme INCa d'information multimédia Cancer info, réalisée en partenariat avec la Ligue nationale contre le cancer, à destination prioritaire des personnes malades et des proches, pour rendre disponible une information de référence, actualisée et exhaustive dans les domaines médical, social, juridique et pratique sur les différents types de cancers.

Pilote de l'action : INCa.

En partenariat avec les acteurs concernés.

Mesure 20.

Soutenir la spécialité d'anatomopathologie.

CONTEXTE

Le diagnostic du cancer est signé morphologiquement par le médecin anatomopathologiste, qui fournit également aux médecins cliniciens des informations indispensables pour le pronostic de la maladie, voire le caractère prédictif de la réponse thérapeutique. Cette spécialité incontournable pour la qualité des soins, la recherche et l'observation des cancers traverse une période charnière. Tout en devant répondre à de plus en plus d'enjeux sanitaires et de santé publique, l'anatomocytopathologie (ACP) doit faire face à des mutations scientifiques et à des difficultés démographiques qui justifient, en relais du projet Pathologie porté par la profession, la mise en place d'un programme d'actions spécifiques.

OBJECTIFS

- ▶ Soutenir l'activité.
- ▶ Accompagner les évolutions techniques et les nouvelles pratiques.
- ▶ Développer les démarches qualité.
- ▶ Stabiliser les métiers de l'anatomopathologie et maintenir le maillage public-privé.

ACTIONS

20.1 Soutenir l'activité d'anatomopathologie en renforçant les équipes et en valorisant la discipline au regard de l'évolution actuelle des pratiques.

- ▶ Inscrire les actes d'anatomocytopathologie dans la classification commune des actes médicaux (CCAM). Actualiser la CCAM pour tenir compte de l'évolution actuelle des techniques nécessaires au diagnostic des cancers.
- ▶ Former à de nouvelles compétences notamment pour les techniciens pathologistes (cf. mesure 24), et déployer les praticiens hospitaliers et de postes d'ingénieurs qualité pour contribuer à réduire les inégalités géographiques territoriales pour cette spécialité.

Pilote de l'action : DHOS.

Copilotes : CNAMTS, INCa.

En partenariat avec les acteurs concernés.

20.2 Accompagner la nécessaire adaptation de l'anatomocytopathologie aux évolutions technologiques et scientifiques.

- ▶ Accroître la participation des médecins pathologistes dans l'analyse moléculaire des tumeurs par leur implication au sein des 29 plateformes régionales de génétique moléculaire des cancers (appels à projets INCa) et la reconnaissance de leur compétence dans ce domaine.
- ▶ Développer l'accès aux tumorothèques sanitaires quand une cryopréservation de l'échantillon est recommandée à des fins sanitaires.
- ▶ Déployer l'utilisation et la transmission des comptes rendus d'anatomopathologie, contenant au moins les éléments définis par l'INCa, dans le cadre du partage des données porté par le DCC/DMP, en lien avec la mesure d'amélioration du système de surveillance des cancers (mesure 7).

Pilote de l'action : INCa.

En partenariat avec les acteurs concernés.

20.3 Soutenir la démarche qualité au sein de la profession d'anatomocytopathologie.

- ▶ Évaluer la consultation de deuxième avis par la HAS et valoriser en fonction des actes concernés (laboratoire expert et laboratoire demandeur).
- ▶ Systématiser la double lecture de toutes les tumeurs malignes rares et des lymphomes, indispensable à la confirmation diagnostique.
- ▶ Mettre en place l'accréditation des structures d'anatomocytopathologie pour la réalisation des actes de pathologie moléculaire, prévue par la loi « Hôpital, patients, santé, territoire » (HPST) dans le cadre de la réforme des laboratoires d'analyse médicale.
- ▶ Développer l'assurance qualité dans le domaine de l'anatomocytopathologie par le soutien de la formation continue et des structures professionnelles engagées sur cette action.

Pilote de l'action : INCa.

En partenariat avec les acteurs concernés.

Mesure 21.

Garantir un égal accès aux traitements et aux innovations.

CONTEXTE

L'accès aux traitements du cancer, et en particulier aux traitements innovants, doit être garanti à tous les malades. C'est l'un des objectifs du dispositif des autorisations cancer. Néanmoins, le maintien de l'accès aux innovations, quels que soient la région et le statut socio-économique des personnes, sera suivi avec une particulière attention : il concernera les molécules innovantes, les tests de génétique moléculaire, les techniques chirurgicale et interventionnelle spécifiques, ainsi que celles permettant la préservation de la fertilité des personnes. De plus, l'accès aux examens de suivi et de surveillance des cancers est nécessaire dans des délais acceptables. En lien avec les mesures de l'axe Recherche, les pôles régionaux de cancérologie conduiront le développement de projets émergents d'expertise sur les nouvelles molécules et les plateformes d'imagerie et de radiothérapie de très haute technicité.

OBJECTIFS

- ▶ Conforter et structurer les acquis actuels d'accès aux molécules coûteuses et innovantes en cancérologie.
- ▶ Assurer l'équité d'accès des patients aux tests de génétique moléculaire indispensables pour le diagnostic, la prescription de traitements ciblés ou le suivi de leur maladie et de leur traitement.
- ▶ Structurer la chirurgie de recours et les plateaux techniques de radiologie interventionnelle et de cryobiologie.
- ▶ Garantir plus d'égalité géographique au diagnostic et au suivi radiologique des cancers par IRM.
- ▶ Promouvoir le développement d'actions nouvelles et émergentes au sein des pôles régionaux de cancérologie.

ACTIONS

21.1 Faciliter l'accès aux traitements par molécules innovantes.

L'élaboration et la mise à jour des référentiels nationaux de bon usage en cancérologie (RBU) doivent se poursuivre et leur application doit s'imposer sur tout le territoire. L'accessibilité aux molécules innovantes a cependant un coût important, dont 60 % relève des anticancéreux. La Loi de financement de la sécurité sociale (LFSS) 2009, en instaurant de nouvelles modalités de régulation et un taux prévisionnel d'évolution des dépenses liées à ces spécialités, signe la volonté nationale de garantir l'accès à ces traitements, lorsqu'ils sont prescrits dans un contexte de bon usage, mais aussi l'engagement dans la maîtrise d'évolution de ces dépenses au sein des établissements de santé.

- ▶ Actualiser, au moins annuellement, la liste hors GHS des molécules innovantes et coûteuses.
- ▶ Appliquer et suivre de façon obligatoire au niveau régional les référentiels nationaux de bon usage, qui concerneront toutes les pathologies et seront actualisés au moins chaque année, publiés et diffusés sans délais. Y intégrer l'évolution des dépenses.
- ▶ Intégrer dans le rapport annuel de l'INCa un rapport de situation sur les molécules anticancéreuses.
- ▶ Développer des études cliniques sur les traitements, en particulier dans les situations métastatiques, afin d'analyser leurs rapports bénéfices/risques et coût/utilité pour les malades et publier des référentiels sur les cancers métastatiques réfractaires (HAS-INCa).
- ▶ Réaliser des études pharmaco-économiques pour mieux évaluer le bénéfice et les risques liés à l'utilisation des nouvelles molécules en post-AMM et pour mieux connaître les rapports bénéfice-risque et coût-utilité de ces nouvelles molécules en cancérologie (Afssaps-HAS).
- ▶ Suivre les ATU nominatives par le développement des protocoles d'utilisation thérapeutique (PUT), le recueil d'informations pour les molécules anticancéreuses en Autorisations temporaires d'utilisation (ATU) et la production de guides sur le recours aux ATU nominatives (Afssaps).
- ▶ Faire accéder au financement des molécules de la liste hors T2A les établissements qui participent, en tant qu'établissements associés, à la prise en charge des malades atteints de cancer.

Pilote de l'action : DSS.

Copilotes : DHOS, INCa.

En partenariat avec les acteurs concernés.

21.2 Développer les plateformes de génétique moléculaire des cancers et l'accès aux tests moléculaires.

Cibler les caractéristiques biologiques de la tumeur permet de prescrire des traitements individualisés moins toxiques et plus efficaces et évite de donner un médicament s'il est inutile. Pour cela, il faut identifier des biomarqueurs de la tumeur, le plus souvent par des tests de génétique moléculaire. L'importance de ces tests et leurs coûts rendent nécessaires de concentrer ces nouveaux examens au niveau des seules plateformes régionales de génétique moléculaire.

- ▶ Saisir l'Igas en 2010 pour analyser les conditions d'attribution d'un statut réglementaire aux tests moléculaires, qu'ils soient prédictifs ou de suivi.
- ▶ Rendre accessibles à tous les malades les tests moléculaires innovants : les plateformes régionales effectueront gratuitement l'ensemble des tests pour tous les malades de leurs régions *via* les prélèvements envoyés par les laboratoires publics comme privés.
- ▶ Mettre en place dès 2009 au niveau de l'Afssaps et de l'INCa une veille et un suivi sur les nouveaux tests afin de disposer d'un avis éclairé et indépendant sur l'intérêt de ces tests (recherche ou diffusion).

Pilote de l'action : INCa.

En partenariat avec les acteurs concernés.

21.3 Faciliter l'accès aux techniques chirurgicales et instrumentales, complexes et innovantes en particulier.

Le déploiement des nouvelles techniques chirurgicales, instrumentales et endoscopiques, et celui de plateformes techniques de référence est indispensable pour structurer, au sein des pôles régionaux de cancérologie, une offre de soins de recours adaptée à la prise en charge de certaines tumeurs, venant compléter l'offre territoriale.

- ▶ Définir des critères de qualité pour la prise en charge chirurgicale des tumeurs de l'ovaire, du pancréas, du foie, de l'œsophage et du rectum sous-péritonéal et pour les tumeurs rares, en lien avec les centres de référence et de compétences des cancers rares.
- ▶ Évaluer le coût médico-économique des actes de chirurgie carcinologique lourde et complexe et maintenir une veille sur l'innovation chirurgicale.
- ▶ Soutenir les techniques innovantes par appels à projets INCa.
- ▶ Identifier des sites et des équipes effectuant les actes de radiologie interventionnelle à visée thérapeutique et actualisation, si nécessaire, de la CCAM.

- ▶ Reconnaître, en lien avec l'Agence de la biomédecine, des plateformes régionales de cryobiologie (gamètes et embryons), associées aux Centres d'études et de conservation du sperme (CECOS) et/ou aux Centres pluridisciplinaires de diagnostic prénatal (CPDPN), pour améliorer l'accès à la préservation de la fertilité des personnes atteintes de cancer.
- ▶ Garantir un accès équitable et des tarifs accessibles pour les techniques de reconstruction, de symétrisation et de plastie mammaire.

Pilote de l'action : DHOS.

Copilote : INCa.

En partenariat avec les acteurs concernés.

21.4 Faciliter l'accès au diagnostic et à la surveillance des cancers via l'imagerie et les TEP.

L'accès à une imagerie de qualité est indispensable au diagnostic et à la surveillance de nombreux cancers. Le nombre et la répartition des scanners et des TEP (tomographes à émission de positons) sont aujourd'hui adéquats. En revanche, le nombre et la répartition des appareils d'IRM restent insuffisants. De plus, les IRM et les TEP constituent des outils importants pour la progression de la recherche en cancérologie. À ce titre, l'accès à une machine IRM dédiée au niveau des établissements universitaires à forte activité cancérologique permettra d'inscrire l'imagerie dans la politique de site portée par la recherche et de développer des réseaux d'imagerie permettant la transmission d'images.

- ▶ Modifier les SROS 3^e génération pour intégrer l'objectif de 10 machines IRM/million d'habitants dans chaque région en mars 2011, soit 74 machines supplémentaires par rapport aux SROS actuels.
- ▶ Augmenter le parc d'IRM à 12 machines/million d'habitants d'ici 2013, soit 39 machines supplémentaires, dans les 10 régions ayant la mortalité la plus élevée par cancers.
- ▶ Élaborer des recommandations sur les indications et les techniques d'imagerie en cancérologie, prenant en compte la nécessité de mieux contrôler la douleur liée aux actes guidés par l'imagerie (Société française de radiologie, labellisation HAS/INCa).
- ▶ Mettre à disposition en région, d'ici 2013 dans le cadre de l'existant ou des prévisions ci-dessus, soit une IRM disposant de larges plages dédiées à la cancérologie, soit une IRM dédiée, permettant d'implémenter des programmes de recherche en utilisation conjointe CHU/CLCC.
- ▶ Suivre les délais d'attente pour les examens scanner et IRM réalisés

en ambulatoire par une enquête pluriannuelle spécifique, étudiant l'impact sur la prise en charge des malades.

- ▶ Suivre les dépassements d'honoraires sur les actes d'imagerie en ambulatoire.

Pilote de l'action : DHOS.

Copilote : ARS.

En partenariat avec les acteurs concernés.

21.5 Promouvoir au niveau des pôles régionaux de cancérologie des actions nouvelles et émergentes.

En relais des recommandations portées par le rapport de la Fédération hospitalière de France (FHF) et de la Fédération nationale des centres de lutte contre le cancer (FNCLCC), les pôles régionaux de cancérologie ont vocation à promouvoir au niveau de leur région des actions nouvelles innovantes et émergentes. En lien avec les mesures de l'axe recherche, trois thématiques seront ciblées en priorité :

- ▶ identifier des équipes expertes sur les nouvelles molécules et renforcer le partage des connaissances en termes de chimio-vigilance par des appels à projets ciblés de l'INCa dès 2010 ;
- ▶ développer une imagerie de haute technicité, dédiée aux examens complexes, et de recherche chez les malades atteints de cancer (cf. mesure 21.4) ;
- ▶ centraliser au niveau des pôles régionaux des appareils de radiothérapie de très haute technicité (Cyberknife® - RCMI par tomothérapie - ions lourds) (cf. mesure 22.1).

Pilote de l'action : INCa.

En partenariat avec les acteurs concernés.

Mesure 22.

Soutenir la radiothérapie.

CONTEXTE

Au cours de leur parcours de soins, 60 % des patients atteints de cancer sont traités par radiothérapie, ce qui en fait une technique majeure dans le traitement des cancers. Sa place dans les protocoles de traitement, le nombre et le niveau de formation des professionnels qui la réalisent, la complexité des matériels utilisés, la sécurité obligatoire des pratiques nécessitent d'accompagner et d'anticiper les développements à venir. Pour répondre à ces défis, des mesures nationales ont été mises en place en novembre 2007 et un comité national a été chargé par la ministre de la santé et des sports, en décembre 2008, d'orienter et d'animer la mise en place de ces mesures. Il assurera le suivi des actions relatives à la radiothérapie durant le Plan cancer 2009-2013.

OBJECTIFS

- ▶ Assurer à tous les patients la qualité et la sécurité des pratiques.
- ▶ Soutenir les professionnels de la filière.
- ▶ Accompagner l'évolution des pratiques et la structuration des centres de radiothérapie.

ACTIONS

22.1 Soutenir la qualité et la sécurité des pratiques dans les centres de radiothérapie autorisés.

- ▶ Élaborer des référentiels INCa sur la typologie et les niveaux de prise en charge adéquats pour des plateaux techniques territoriaux (standards) et régionaux (haute technicité).
- ▶ Accompagner les coopérations entre centres de radiothérapie et expérimenter de nouveaux outils pour permettre aux équipes de radiothérapie de réussir cet enjeu.
- ▶ Appliquer un cadre de fonctionnement pérenne à des situations d'exception géographique reconnues sous forme de Groupement de coopération sanitaire avec un centre d'appui.
- ▶ Suivre le dispositif en faisant évoluer l'observatoire actuel des données de radiothérapie pour recueillir de façon pérenne des données quantitatives et qualitatives.
- ▶ Adapter le financement de la radiothérapie aux enjeux actuels.

Pilote de l'action : Comité national de suivi de la radiothérapie.

Copilote : ARS.

En partenariat avec les acteurs concernés.

22.2 Renforcer les moyens humains dans les centres de radiothérapie.

Le renforcement quantitatif et qualitatif des postes au sein des centres de radiothérapie constitue un enjeu crucial malgré la difficulté du contexte démographique actuel. La réforme du financement et les enveloppes spécifiques, dont disposeront les ARS pour les coopérations, permettront de soutenir les renforcements en nouvelles compétences et le lancement de recrutements prioritaires. Ces renforcements, qui devront s'appuyer sur la redéfinition des tâches et des missions de chacun, concernent l'ensemble des professionnels de la filière.

► Les oncologues radiothérapeutes.

- Renforcer l'attractivité de la spécialité d'oncologie/radiothérapie en prévoyant des postes de post-internat et d'assistants spécialistes ainsi que des postes de praticiens hospitaliers partagés à temps partiel. (cf. mesure 24.1).
- Élaborer des critères d'agrément INCa pour les sites formateurs en radiothérapie et renforcer de façon ciblée des moyens d'encadrement.

► Les radiophysiciens.

- Renforcer l'attractivité de la filière de radiophysique médicale en maintenant l'effort sur le recrutement et en ouvrant la possibilité aux radiophysiciens de concourir pour l'obtention d'une valence universitaire.
- Créer une obligation de formation continue en radiophysique médicale, avec participation au projet DOSEO du CEA.
- Faire évoluer les conditions d'exercice dans les centres de radiothérapie en encourageant la reconnaissance d'unités ou de pôles de radiophysique médicale, placés sous la responsabilité d'un radiophysicien.
- Renforcer les effectifs en s'appuyant sur la formation pour mieux sécuriser les pratiques et accompagner l'évolution de la discipline.

► Les manipulateurs en électroradiologie.

- Redéfinir le contenu de la formation en cohérence avec la réforme du Licence-Master-Doctorat (LMD).
- Ouvrir l'accès à la formation pour la compétence de dosimétriste permettant des évolutions de carrière.

► Les qualitiens.

- Redéfinir les tâches et les missions de chacun des professionnels au sein des centres de radiothérapie grâce notamment à l'apport de qualitiens pouvant être partagés entre plusieurs centres.

Pilote de l'action : Comité national de suivi de la radiothérapie.
En partenariat avec les acteurs concernés.

22.3 Actualiser les recommandations de bonnes pratiques concernant les techniques de traitement en radiothérapie et leurs indications.

- ▶ Traiter dans leur région d'origine tous les patients dont le traitement implique une irradiation corporelle totale (ICT).
- ▶ Produire un rapport d'expertise sur la place de la curiethérapie en termes d'indications et de techniques et publier un référentiel national.
- ▶ Élaborer des référentiels sur la mise en œuvre des irradiations stéréotaxiques intracrâniennes en dose unique (radiochirurgie).
- ▶ Actualiser l'avis de la HAS sur les indications des techniques innovantes.
- ▶ Mettre à jour le guide des procédures par la Société française de radiothérapie.

Pilote de l'action : INCa.

En partenariat avec les acteurs concernés.

Mesure 23.

Développer des prises en charge spécifiques pour les personnes atteintes de cancers rares ou porteuses de prédispositions génétiques ainsi que pour les personnes âgées, les enfants et les adolescents.

CONTEXTE

Des filières de soins spécifiques doivent être développées pour mieux répondre à certaines prises en charge de malades et assurer le lien optimal avec l'innovation et la recherche.

Les cancers rares et les tumeurs qui touchent les enfants et les adolescents doivent être traités et suivis au sein de centres de référence clairement identifiés. Par ailleurs, la prise en charge d'un cancer chez une personne âgée nécessite une réelle coordination entre oncologues et gériatres pour offrir aux patients les meilleures chances de guérison tout en conservant une qualité de vie spécifique des personnes âgées. Enfin, les familles et les personnes porteuses de prédispositions génétiques à certains cancers doivent bénéficier, une fois le risque identifié, d'un suivi personnalisé coordonné par des structures d'oncogénétique spécialisées.

OBJECTIFS

- ▶ Structurer la filière de prise en charge des tumeurs malignes rares.
- ▶ S'assurer que les personnes prédisposées héréditairement au cancer sont suivies en fonction de l'évolution des connaissances.
- ▶ Mieux soigner les personnes âgées atteintes de cancer par une meilleure coordination des prises en charge qui associera les soins et le suivi social, en intégrant complètement le médecin traitant et les professionnels de proximité.
- ▶ Augmenter le taux de guérison des cancers de l'adolescent et du jeune adulte. Éviter la rupture et contribuer à l'acquisition de l'autonomie et de l'estime de soi en dépit des conséquences physiques, psychologiques et sociales de la maladie à cet âge et favoriser l'intégration sociale des adolescents et jeunes adultes atteints de cancer.

ACTIONS

23.1 Labelliser les centres de référence pour les cancers rares.

L'identification des centres de référence pour les cancers rares, en cohérence avec les dispositions du Plan maladies rares, démarré en 2009 par appel à projets de l'INCa, se poursuivra jusqu'en 2011. Ces centres ont une vocation nationale avec des missions clairement identifiées et doivent être adossés à une équipe de recherche reconnue. Chaque centre de référence organisera un réseau avec des centres de compétence à vocation régionale, ce maillage permettant d'assurer une filière de soins optimale à un patient avec à la fois l'expertise du centre de référence et la prise en charge de proximité par un centre de compétence.

- ▶ Finaliser la procédure de labellisation des centres de référence des cancers rares.
- ▶ Élaborer et diffuser des recommandations de pratique clinique labellisées HAS/INCa (centres de référence).
- ▶ Mettre en place par l'INCa une base de données par pathologie rare à partir des données de double lecture en anatomocytopathologie.
- ▶ Diffuser des informations destinées aux professionnels de santé et aux patients atteints de cancers rares (ORPHANET et INCa).
- ▶ Développer des coopérations internationales et s'inscrire dans le réseau européen de référence pour les maladies rares, priorité de la politique européenne 2008 -2013.

Pilote de l'action : INCa.

En partenariat avec les acteurs concernés.

Liens avec les autres plans de santé publique.

Plan maladies rares.

23.2 Favoriser la constitution de bases de données clinicobiologiques (enquêtes transversales répétées avec volet de biosurveillance).

En lien et interaction avec le PNSE2 (notamment l'action 43 : lancer un programme pluriannuel de biosurveillance), la composante cancer des maladies environnementales doit être mieux explorée : la mobilisation des CHU et CLCC où sont soignés de nombreux malades et, notamment pour des tumeurs « rares », invitera à développer de nouveaux projets pour examiner la part de risques environnementaux dans leur survenue.

Pilotes de l'action : INCa, ITMO Cancer.

En partenariat avec les acteurs concernés.

23.3 Suivre les personnes à risque génétique.

Le rapport Bonaïti, publié par l'INCa fin 2008, prévoit une nette augmentation de l'activité des structures d'oncogénétique dans les 10 ans à venir, en raison d'un doublement des besoins pour les cancers sein/ovaire, et d'un triplement pour les cancers colorectaux.

- ▶ Renforcer les moyens du dispositif d'oncogénétique pour anticiper l'extension prévisible des consultations et des tests d'oncogénétique :
 - élargir les critères de prescription des tests génétiques BRCA1/2 aux cancers de l'ovaire isolés ;
 - appliquer les recommandations de prescription des tests génétiques pour les prédispositions au cancer colorectal ;
 - renforcer les moyens des consultations et des laboratoires pour leur permettre de répondre à l'augmentation attendue de 50 % de leur activité dans les cinq ans (appels à projets DHOS/INCa pour le développement de l'activité d'oncogénétique) ;
 - soutenir des expertises spécifiques en fonction de l'évolution des connaissances scientifiques sur l'implication de gènes dans la prédisposition héréditaire au cancer (MYH par exemple).
- ▶ Expérimenter des structures pilotes de coordination du suivi des personnes porteuses de prédispositions génétiques puis déployer en fonction de l'évaluation :
 - assurer l'expérimentation pilote 2009-2011 de structures de coordination multidisciplinaires des personnes prédisposées héréditairement au cancer, qui se mettront en place d'ici la fin 2009 (AAP INCa/DHOS) ;
 - assurer le déploiement secondaire sur tout le territoire à partir des expériences qui auront fait leurs preuves pour disposer d'au moins un centre de référence par région d'ici 2013.
- ▶ Étudier et mettre en place un dispositif permettant d'assurer les examens IRM nécessaires au suivi des femmes porteuses de prédisposition BRCA1 et BRCA2 sans reste à charge.
- ▶ Développer les analyses du phénotype tumoral MSI des tumeurs colorectales et de l'endomètre permettant de poser l'indication d'une consultation d'oncogénétique.
- ▶ Renforcer l'information médicale auprès des patients et des médecins généralistes et spécialistes sur les données de prédisposition génétique (gastroentérologues, gynécologues et urologues en particulier).

Pilote de l'action : INCa.

En partenariat avec les acteurs concernés.

23.4 Améliorer la prise en charge des personnes âgées atteintes de cancer.

L'incidence du cancer augmente régulièrement avec l'âge et près d'un tiers des cancers surviennent aujourd'hui après 75 ans. Le premier rapport d'expertise sur l'oncogériatrie, publié par l'INCa en juin 2009, dresse l'état des lieux actuel et pose les perspectives d'évolution de la discipline. Ce rapport met en avant le rôle des 15 Unités pilotes de coordination en oncogériatrie (UPCOG), créées à titre expérimental sous l'impulsion de l'INCa dans 13 régions.

- ▶ Évaluer les Unités pilotes de coordination en oncogériatrie et élaborer des recommandations sur le déploiement national de ces unités.
- ▶ Finaliser l'étude clinique sur l'outil d'évaluation gériatrique (étude Oncodage) et généraliser son utilisation à compter de 2011.
- ▶ Élaborer des recommandations de stratégies de prise en charge adaptées aux personnes âgées pour les cancers ayant la plus grande incidence à partir de 2010.

Pilote de l'action : INCa.

Copilote : DHOS.

En partenariat avec les acteurs concernés.

23.5 Améliorer la prise en charge des enfants atteints de cancer et lancer un programme d'actions spécifiques vis-à-vis des adolescents atteints de cancer.

1 700 cas de cancers sont diagnostiqués chaque année chez des enfants de moins de 15 ans. La transition entre la pédiatrie et la médecine d'adultes doit être programmée, coordonnée et accompagnée : c'est une des priorités pour ce nouveau plan.

- ▶ Définir et implémenter un programme d'actions spécifiques pour les adolescents atteints de cancer et soutenir l'émergence de projets intégrés et novateurs (soins, recherche clinique, sciences humaines, accompagnement et intégration sociétale). Ce programme d'actions sera élaboré conjointement avec les représentants associatifs.
- ▶ Produire dès 2009 un guide d'information spécifique de cancérologie pédiatrique à destination des familles et des enfants, et l'actualiser en 2012 (en lien avec la mesure 19.5).
- ▶ Reconnaître des centres experts dans des sous-spécialités majeures en cancérologie pédiatrique, telles que la neuro-oncologie, en cohérence avec la structuration des organisations hospitalières interrégionales de recours en oncologie pédiatrique.
- ▶ Mettre en place, sous forme d'expérimentations, des consultations pluridisciplinaires pour la prise en charge et la prévention des

séquelles et complications à long terme chez les enfants et adolescents parvenus à l'âge adulte.

- ▶ Mettre en place une tumorotheque virtuelle de référence en cancérologie pédiatrique.
- ▶ Relancer de façon efficace en 2009 la commission d'Allocation journalière de présence parentale et proposer la révision des prestations sociales en insistant sur la simplification et la rapidité de leurs attributions.
- ▶ Financer l'augmentation de la conservation des unités de sang de cordon dont peuvent bénéficier les patients atteints de pathologies malignes ayant une indication de greffe de cellules souches hématopoïétiques allogéniques.

Pilote de l'action : DHOS.

Copilote : INCa.

En partenariat avec les acteurs concernés.

Mesure 24.

Répondre aux défis démographiques des professions et former à de nouvelles compétences.

103

CONTEXTE

L'évolution de la prise en charge médicale en cancérologie est préoccupante car l'incidence des cancers va augmenter dans les années à venir et la démographie médicale baisser de façon importante pour plusieurs spécialités centrales en cancérologie. Le renouvellement de ces effectifs médicaux, leur renforcement et leur répartition plus homogène sur le territoire sont donc prioritaires sur un plan démographique et de prise en compte de l'évolution des pratiques. Répondre à l'exigence d'amélioration de la qualité des prises en charge impose également de développer de nouvelles compétences professionnelles pour mieux assurer, d'une part la coordination et l'accompagnement du parcours de soins des malades, et d'autre part la sécurité et la qualité des pratiques.

OBJECTIFS

- ▶ Former plus de médecins dans des spécialités cruciales en cancérologie.
- ▶ Mieux accompagner l'évolution des modes de pratique, en tenant compte des attentes des jeunes médecins en termes de qualité de vie professionnelle, et des nouveaux modes de coopération qui se développent.
- ▶ Former les professionnels à de nouvelles compétences.

ACTIONS

24.1 Former plus de médecins pour la cancérologie.

Les travaux de l'ONDPS sur les métiers de la cancérologie concourent à une meilleure connaissance de la situation des professionnels et devront être actualisés annuellement pour permettre un suivi adéquat de ces mesures de formation, qui devront se mettre en œuvre dans une logique, non plus seulement quantitative, mais de réponse à des besoins régionaux.

- ▶ Créer, dans le cadre de la filiarisation, des postes d'internes pour les spécialités d'oncologie (médicale - radiothérapie - hématologie) et d'anatomocytopathologie, en ciblant un objectif national d'augmentation de 20 % de la densité moyenne par spécialité avec un rattrapage ciblé dans les régions en forte pénurie.



- ▶ Augmenter les postes de chefs de clinique et d'assistants spécialistes dans les sites formateurs en oncologie médicale, oncologie radiothérapie, onco-hématologie et anatomocytopathologie. La discipline d'oncologie médicale devra, en particulier, faire l'objet d'un soutien spécifique, en raison de très fortes inégalités dans les répartitions régionales, qui seront prises en compte pour la création de ces postes.
- ▶ Actualiser la définition des services formateurs en oncologie médicale, radiothérapie et hématologie et établir des critères d'agrément tenant compte, en particulier, de la pratique pluridisciplinaire, de l'implication dans une structure de recherche labellisée, et de l'accès à une tumorothèque et à une plateforme de transfert.
- ▶ Augmenter les capacités d'encadrement des services formateurs en oncologie médicale, oncologie radiothérapie, hématologie et anatomocytopathologie. Ces renforcements concerneront des postes de praticiens hospitaliers et de praticiens hospitalo-universitaires (HU), soit par création de postes, soit par redéploiement de postes ouverts et non pourvus.

Pilote de l'action : DHOS.

Copilotes : ONDPS, INCa.

En partenariat avec les acteurs concernés.

24.2 Accompagner l'évolution des modes de pratiques.

- ▶ Soutenir les coopérations en aidant les territoires à créer des postes partagés.
- ▶ Mettre en place un groupe de travail pour proposer de nouvelles répartitions d'activité et favoriser l'exercice plus collectif de la médecine en repensant les répartitions entre les différents professionnels du cancer et en intégrant les médecins généralistes.
- ▶ Développer des formations intégrant davantage la dimension sociale et éthique dans les relations soignants/soignés et promouvoir l'analyse des pratiques au sein des équipes soignantes.

Pilote de l'action : DHOS.

En partenariat avec les acteurs concernés.

24.3 Développer les formations universitaires permettant l'accès à trois nouvelles compétences en cancérologie : coordonnateurs de soins, dosimétristes et techniciens d'anatomocytopathologie.

- ▶ Définir un référentiel d'exercice national pour chacune de ces trois compétences.
- ▶ Soutenir la création de masters d'infirmier coordonnateur de parcours de soins (cf. mesure 18.1).
- ▶ Former des techniciens en dosimétrie (cf. mesure 22) et en anatomocytopathologie (cf. mesure 20).

Ces formations donneront accès à des compétences permettant d'élargir le champ de l'exercice de ces professionnels, dont l'activité sera valorisée.

Pilote de l'action : DHOS.

En partenariat avec les acteurs concernés.

Axe Vivre pendant et après un cancer

Améliorer la qualité de vie pendant
et après la maladie, combattre toute
forme d'exclusion

Le cancer est souvent vécu par les malades comme une rupture physique et morale et peut aboutir à la remise en cause de la vie sociale. L'accompagnement social constitue un élément essentiel de la qualité de vie des malades tout au long de leur parcours de soins, dès l'annonce de la maladie, pendant le cancer et dans la vie après le cancer. Il est important de prévoir une coordination de tous les acteurs du secteur sanitaire (hospitaliers et ambulatoires), du secteur médico-social (soins infirmiers à domicile, aides-soignantes, aides-ménagères, portage de repas

6 MESURES

MESURE 25 : DÉVELOPPER UNE PRISE EN CHARGE SOCIALE
PERSONNALISÉE ET ACCOMPAGNER L'APRÈS CANCER.

MESURE 26 : SE DOTER DES MOYENS ET OUTILS NÉCESSAIRES
AU DÉVELOPPEMENT DE L'ACCOMPAGNEMENT SOCIAL
PERSONNALISÉ.

MESURE 27 : AMÉLIORER LES RÉPONSES AUX POSSIBLES SITUATIONS
DE HANDICAP OU DE PERTE D'AUTONOMIE
TRANSITOIRES OU DÉFINITIVES LIÉES AU CANCER.

MESURE 28 : AMÉLIORER L'ACCÈS DES PERSONNES MALADES
ET GUÉRIES AUX ASSURANCES ET AU CRÉDIT.

MESURE 29 : LEVER LES OBSTACLES À LA RÉINSERTION
PROFESSIONNELLE DES PERSONNES ATTEINTES
DE CANCER.

MESURE 30 : CRÉER UN OBSERVATOIRE SOCIÉTAL DES CANCERS.

à domicile...) et du secteur social (prises en charge financières, administratives, professionnelles, familiales...), pour permettre à la personne et à son entourage d'être dans la situation la meilleure possible à tout moment de l'évolution de la maladie.

Les personnes en rémission ou guéries doivent pouvoir poursuivre leurs projets de vie après le cancer grâce à une réinsertion facilitée dans le monde professionnel, un accès amélioré aux prêts et aux assurances mais également un suivi personnalisé et continu.

Mesure 25.

Développer une prise en charge sociale personnalisée et accompagner l'après cancer.

CONTEXTE

La dimension sociale doit être intégrée dès le diagnostic et tout au long de la prise en charge du malade atteint de cancer, et étroitement articulée avec les soins. Le Programme personnalisé de soins, devra donc inclure un volet social et une consultation sociale sera proposée à chaque patient.

Plus de 60 % des cancers sont curables, ce taux étant largement supérieur pour certaines localisations (thyroïde, testicule, sein, mélanome de la peau, leucémies de l'enfant notamment).

Ces perspectives de guérison impliquent de préparer et d'accompagner l'après cancer : un programme personnalisé de l'après cancer sera expérimenté, dans la continuité du programme personnalisé de soins. Il importe également d'en tirer toutes les conséquences en matière de sortie d'Affection longue durée (ALD) et parallèlement d'une levée des difficultés d'accès aux assurances, au crédit et à l'emploi.

Concernant la sortie d'ALD, la HAS a rendu public, en juin 2009, un avis qui propose de ne renouveler l'ALD cancer, au-delà de la durée initiale de cinq ans, que lorsqu'il y a nécessité de poursuite d'une thérapie lourde ou de prise en charge de séquelles liées à la maladie ou au traitement. Après la sortie, en cas de récurrence, le patient serait bien sûr à nouveau admis en ALD. Pour certains des cancers dont l'ALD ne serait pas renouvelée du fait de l'application de ces nouveaux critères, la poursuite d'une surveillance médicale régulière reste néanmoins nécessaire au-delà de cette période de cinq ans.

Il apparaît donc souhaitable, d'une part de fournir aux médecins traitants des critères d'appréciation sur le renouvellement ou non de la mesure d'ALD, d'autre part de prévoir, dans les cas où une surveillance médicale doit être poursuivie après la sortie d'ALD, un mécanisme de prise en charge à 100 % des examens indispensables à ce suivi médical. Une concertation sera engagée avec les organismes complémentaires santé pour organiser cette prise en charge. Pour les patients sans complémentaires santé, le ticket modérateur sera pris en charge par les fonds de prévention des caisses d'assurance maladie.

La sortie d'ALD traduit une amélioration objective de l'état de santé qui doit donc s'accompagner d'un retour à une qualité de vie, notamment dans un accès facilité aux assurances et au crédit ainsi qu'à un rétablissement dans les conditions d'accès à un emploi, ces actions figurent respectivement dans les mesures 28 et 29.

OBJECTIF

- Formaliser et mettre en œuvre un dispositif de réponse et d'accompagnement social personnalisé des cancers et de l'après cancer incluant la sortie d'ALD.

ACTIONS

25.1 Généraliser les actions d'évaluation sociale dans le cadre du dispositif d'annonce et intégrer un volet social dans le Programme personnalisé de soins (PPS).

Cette action implique les coordonnateurs de soins qui pourront s'appuyer sur un référentiel de détection de fragilité sociale et de précarité (cf. action 26.2) et avoir recours, en cas de besoin, aux travailleurs sociaux des établissements et des réseaux territoriaux. Les effectifs de ces travailleurs sociaux seront accrus.

Pilote de l'action : INCa.

Copilote : DHOS.

En partenariat avec les acteurs concernés.

25.2 Proposer à chaque patient une consultation sociale en cours de traitement afin d'évaluer la mise en œuvre du volet social du PPS et de préparer l'après cancer.

Cette consultation s'inscrit dans la continuité de l'évaluation sociale intégrée dans le dispositif d'annonce. Elle répond à un double objectif de réajustement éventuel du volet social du PPS et de préparation de l'après cancer.

Pilote de l'action : INCa.

Copilote : Ligue nationale contre le cancer.

En partenariat avec les acteurs concernés.

25.3 Expérimenter la mise en œuvre d'un Programme personnalisé de l'après cancer (PPAC).

Ce PPAC sera élaboré en complémentarité et continuité avec le PPS déjà en vigueur, selon un modèle standardisé, et il donnera lieu à évaluation. Le PPAC, adapté aux caractéristiques personnelles du patient, est révisable au fil du temps en fonction de l'évolution de la maladie. Il comprendra le suivi nécessaire et l'évaluation du risque de rechute et de séquelles, la prévention du risque de second cancer et les éléments liés à la réinsertion. Un volet spécifique pour les enfants et adolescents sera défini et expérimenté (cf. mesure 23.5). Cette action implique aussi d'offrir aux personnes malades et aux aidants la possibilité d'un accompagnement psychologique après le cancer.

Un guide sur les associations de malades sera réalisé pour les aider à mieux connaître leurs rôles comme partenaires de l'après cancer.

Pilote de l'action : INCa.

Copilote : DHOS.

En partenariat avec les acteurs concernés.

25.4 Se doter de critères médicaux relatifs à la sortie d'ALD et prendre les mesures nécessaires pour assurer le financement d'une surveillance médicale régulière après la sortie d'ALD, dans les cas où cette surveillance reste nécessaire.

Pilote de l'action : DSS.

En partenariat avec les acteurs concernés.

25.5 Permettre la prise en charge des implants supports de prothèses dentaires et maxillo-faciales dans la réhabilitation prothétique des patients traités pour des cancers de la cavité buccale, des maxillaires ou des tissus attenants.

Pilote de l'action : DSS.

En partenariat avec les acteurs concernés.

Mesure 26.

Se doter des moyens et outils nécessaires au développement de l'accompagnement social personnalisé.



CONTEXTE

Le renforcement de l'accompagnement social personnalisé pendant et après le cancer implique le développement des hébergements et appartements thérapeutiques et la mise à disposition d'outils (référentiel national de détection de la fragilité sociale et de la précarité, dispositif financier, annuaire départemental).

OBJECTIF

- Favoriser la réadaptation et la réinsertion des malades atteints de cancer et leur accompagnement social personnalisé.

ACTIONS

26.1 Encourager le développement des hébergements et appartements thérapeutiques à proximité des lieux de prise en charge médicale.

Ce type d'hébergement permet d'éviter une hospitalisation prolongée et favorise une réadaptation et un retour progressif à une vie familiale et sociale normale.

- Élaborer un cahier des charges pour des expérimentations et lancer un appel à projets.

Pilote de l'action : INCa.

Copilote : Ligue nationale contre le cancer.

En partenariat avec les acteurs concernés.

26.2 Élaborer et mettre en place un référentiel national de détection de la fragilité sociale et de la précarité.

Cette grille élaborée avec les professionnels du travail social permet de détecter les personnes les plus vulnérables susceptibles de nécessiter des aides immédiates ou ultérieures.

Pilote de l'action : INCa.

Copilote : DGAS.

En partenariat avec les acteurs concernés.



26.3 Élaborer avec les services sociaux des dispositifs financiers à mettre en œuvre pour mobiliser les services et prestations nécessaires pendant et après les traitements.

Il s'agit notamment des techniciens d'intervention sociale et familiale, ainsi que tous les autres services à domicile ou les prestations destinées à la compensation du handicap (aménagement du domicile, du véhicule, aides pour les actes essentiels de l'existence ou aides à la vie sociale).

Pilote de l'action : DGAS.

En partenariat avec les acteurs concernés.

26.4 Réaliser un annuaire départemental de tous les professionnels du secteur social concerné auxquels le patient pourra recourir pendant et après le cancer.

Il comprendra notamment l'adresse de la Maison départementale des personnes handicapées (MDPH) pour les moins de 60 ans et du service départemental gérant l'Allocation personnalisée d'autonomie (APA) pour les 60 ans et plus. Ce guide, régulièrement actualisé, sera transmis par le coordonnateur et remis par le médecin traitant qui rédige la demande d'ALD.

Pilote de l'action : Ligue nationale contre le cancer.

Copilote : INCa

En partenariat avec les acteurs concernés.

Mesure 27.

Améliorer les réponses aux possibles situations de handicap ou de perte d'autonomie transitoires ou définitives liées au cancer.

113

CONTEXTE

Les personnes atteintes d'un cancer et qui présentent une limitation de leur autonomie ayant vocation à s'inscrire dans la durée (au moins un an) peuvent bénéficier des mesures spécifiques développées pour les personnes handicapées. En fonction de leur âge, elles peuvent aussi bénéficier des mesures en faveur des personnes âgées. Cette possibilité est peu connue des patients et des professionnels qui les accompagnent.

OBJECTIF

- Informer les publics et former les professionnels et bénévoles à l'utilisation des outils nouveaux ou déjà existants permettant d'apporter des réponses, le temps nécessaire, aux situations de handicap ou de perte d'autonomie liées à un cancer.

ACTIONS

27.1 Mener, sous l'égide de la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA), plusieurs expérimentations sur l'accompagnement des personnes atteintes de cancer, dans les Maisons départementales des personnes handicapées (MDPH) qui sont les plus sensibilisées et mobilisées.

Pilote de l'action : CNSA.

En partenariat avec les acteurs concernés.

27.2 Réaliser et diffuser auprès des associations œuvrant dans le champ du cancer un livret spécifique exposant les réponses offertes par la législation relative au handicap, à la perte d'autonomie des personnes âgées, à l'invalidité et d'autres dispositifs mobilisables permettant de répondre à leurs besoins.

Pilote de l'action : CNSA.

En partenariat avec les acteurs concernés.

Liens avec les autres plans de santé publique.

Dans les cas les plus défavorables, la mesure rejoint le Plan soins palliatifs 2008-2012. Plan qualité de vie des personnes atteintes de maladies chroniques (mesures 12 et 13).



Mesure 28.

Améliorer l'accès des personnes malades et guéries aux assurances et au crédit.

CONTEXTE

Aujourd'hui, il s'avère difficile pour les personnes touchées par le cancer d'avoir accès aux assurances, souvent nécessaires pour l'octroi d'un crédit immobilier, professionnel ou encore de consommation. Ces difficultés sont des freins dans la concrétisation des projets de vie de ces personnes. On constate que certains assureurs soit excluent la pathologie de la garantie d'assurance demandée par l'établissement de crédit, soit fixent des surprimes d'un montant trop important pour certaines pathologies au regard des dernières avancées médicales. Ces décisions conduisent souvent à un refus de l'établissement de crédit d'accorder un prêt.

Faisant suite à la Convention Belorgey signée en 2001, la Convention AERAS (s'Assurer et Emprunter avec un Risque Aggravé de Santé) a été signée en juillet 2006 et mise en œuvre en janvier 2007 par les professionnels de la banque et de l'assurance, les associations de malades et de consommateurs et les pouvoirs publics. Cette convention, avancée majeure au regard des possibilités de prêts et d'assurances pour les personnes présentant un risque aggravé de santé, doit être renouvelée en 2010. Les associations ont indiqué que cette convention peut être améliorée sur plusieurs points, en particulier :

- ▶ la prise en compte du risque invalidité,
- ▶ le dispositif de mutualisation des surprimes
- ▶ l'accès aux garanties alternatives.

L'ensemble des parties prenantes doit intensifier les efforts pour garantir l'accès à l'assurance emprunteur et aux crédits des personnes présentant un risque aggravé de santé.

OBJECTIF

- ▶ Repousser au maximum les limites de l'assurabilité pour élargir le plus possible l'accès à l'assurance emprunteur et aux crédits.

ACTIONS

28.1 Mener les concertations, sous l'égide des membres de la commission de suivi, avec les différentes parties prenantes en vue de renouveler la convention AERAS pour améliorer la couverture assurantielle et l'accès à l'emprunt pour les personnes qui présentent ou qui ont présenté un risque aggravé de santé.

Pilote de l'action : Direction de la sécurité sociale (DSS) et direction générale du trésor et de la politique économique (DGTPE).
En partenariat avec les acteurs concernés.

Mesure 29.

Lever les obstacles à la réinsertion professionnelle des personnes atteintes de cancer.

CONTEXTE

De plus en plus de personnes atteintes de cancer souhaitent reprendre rapidement une vie professionnelle et sociale normale. Les possibilités d'insertion ou de réinsertion professionnelle prévues par la législation sont insuffisamment connues. Il en est de même en ce qui concerne la possibilité de bénéficier de la visite de pré-reprise prévue par la loi auprès du médecin du travail et éventuellement d'aménagements du poste de travail.

Si le traitement médical du cancer est bien pris en charge par l'Assurance maladie, les coûts indirects et intangibles liés éventuellement aux transports, à l'obligation pour les aidants de modifier leur propre activité professionnelle, à l'adaptation du foyer aux limitations d'autonomie induites par la maladie, au recours à des personnels divers d'accompagnement, au manque à gagner de l'entreprise, etc., reposent intégralement sur le patient et son entourage, surtout s'il a refusé les complications administratives et la stigmatisation qui auraient pu être liées à une demande d'invalidité.

OBJECTIF

- ▶ Lever les obstacles à l'insertion ou à la réinsertion sociale et professionnelle des patients atteints de cancer et en phase de rémission ou de guérison.

ACTIONS

29.1 Étudier les moyens de lever les obstacles au maintien dans l'emploi ou à la réinsertion professionnelle des personnes atteintes de cancer et de leurs aidants naturels.

Pilote de l'action : DGEFP.

En partenariat avec les acteurs concernés.

29.2 Délivrer une information spécifique aux malades atteints de cancer sur les facilités que leur offre la loi pour une insertion ou une réinsertion professionnelle.

29.3 Faire entrer les personnes atteintes de cancer dans la liste des publics prioritaires pour bénéficier des prochains contrats aidés dans le cadre de l'extension du RSA (Revenu de solidarité active).

Pilote de l'action : DGEFP.

En partenariat avec les acteurs concernés.

Mesure 30.

Créer un Observatoire sociétal des cancers.

CONTEXTE

Dix ans après les États généraux des malades atteints de cancer, organisés par la Ligue nationale contre le cancer, qui avaient largement contribué à nourrir le Plan cancer 2003-2007, la Ligue a réuni en novembre 2008 la Convention de la société face au cancer, au cours de laquelle plus de 2 000 personnes ont débattu des avancées du dernier plan et des mesures qui restent à mettre en œuvre dans le cadre du nouveau Plan cancer. Parmi les engagements de la Ligue pris à l'issue de la Convention figure la création d'un Observatoire sociétal des cancers.

OBJECTIF

- Fournir toutes observations nécessaires concernant les aspects sociaux et sociétaux de la maladie cancéreuse.

ACTIONS

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

Cet Observatoire publiera un rapport annuel. Il mobilisera notamment la plateforme d'écoute mutualisée avec l'INCa dans le cadre de Cancer info service, ainsi que le service gratuit Aidéa qui accompagne les malades dans leurs démarches d'assurabilité et d'accès aux prêts bancaires.

Pilote de l'action : Ligue nationale contre le cancer.
En partenariat avec les acteurs concernés.



Glossaire

A

- AAH** : Allocation aux Adultes Handicapés
AAP : Appel à projets
ABM : Agence de Biomédecine
ACOSS : Agence Centrale des Organismes de Sécurité Sociale
ACP : Anatomo-Cyto-Pathologique
ADEL : Association des Épidémiologistes de Langue Française
ADELI : Automatisation des listes des professions de santé
ADEME : Agence Gouvernementale de l'Environnement et de la Maîtrise de l'Énergie
ADEREST : Association pour le Développement des Études et Recherches Épidémiologiques en Santé Travail
AERES : Agence d'Évaluation de la Recherche et de l'Enseignement Supérieur
AREAS : convention s'Assurer et Emprunter avec un Risque Aggravé de Santé
AERIO : Association pour l'Enseignement et la Recherche des Internes en Oncologie et Radiothérapie
AFAQAP : Association française d'assurance qualité en anatomie et cytologie pathologiques
AFSSA : Agence Française de Sécurité Sanitaire des Aliments
AFSSAPS : Agence Française de Sécurité Sanitaire des Produits de Santé
AFU : Association Française d'Urologie
AFSSET : Agence Française de Sécurité Sanitaire Environnementale et du Travail
AGEFIPH : Association pour la Gestion du Fonds pour l'Insertion professionnelle des Personnes Handicapées
AGEPS : Agence Générale des Équipements et Produits de Santé
AGESA : Association pour la Gestion de la Sécurité Sociale des Auteurs
AHU : Assistant Hospitalier Universitaire
AICR : Association for International Cancer Research
AIS : Acte Infirmier de Soins
AJPP : Allocation Journalière de Présence Parentale
ALD : Affection de Longue Durée
AMI : Acte Médical Infirmier
AMM : Autorisation de Mise sur le Marché



ANACT : Agence Nationale pour l'Amélioration des Conditions de Travail
ANAES : Agence Nationale d'Accréditation et d'Évaluation de la Santé
ANFH : Association Nationale pour la Formation Hospitalière
ANIT : Association Nationale des Intervenants en Toxicomanie
ANR : Agence Nationale de la Recherche
ANRS : Agence Nationale de Recherche sur le Sida
ANVAR : Agence Nationale de Valorisation de la Recherche
APA : Allocation Personnalisée d'Autonomie
APA : Activité Physique Adaptée
AP-HP : Assistance Publique – Hôpitaux de Paris
API : Allocation Parent Isolé
APP : Allocation de Présence Parentale
APVP : Années Potentielles de Vie Perdues
ARC : Assistant de Recherche Clinique
ARC : Association pour la Recherche sur le Cancer
ARECA : Alliances des Recherches sur le Cancer
ARETASC : Association pour la Recherche Thérapeutique et l'Amélioration des soins en Cancérologie
ARCMSA : Association Régionale des Caisses de Mutualité Sociale Agricole
ARH : Agence Régionale de l'Hospitalisation
ARS : Agence Régionale de Santé
ARTAC : Association française pour la Recherche Thérapeutique Anti-Cancéreuse
AS : Aide Soignant
ASCO : American Society of Clinical Oncology
ASH : Agent de Service Hospitalier
ASIP : Agence des Systèmes d'Information de santé Partagés
ASN : Autorité de sûreté nucléaire
ATIH : Agence Technique de l'Information Hospitalière
ATU : Autorisation Temporaire d'Utilisation

B

BECT : Bureau d'Études Cliniques et Thérapeutiques
BO : Bulletin officiel
BPCO : Broncho-Pneumopathie Chronique Obstructive
BRCA : Gène de prédisposition héréditaire au cancer du sein

C

CAC : Centre anticancéreux
CADA : Commission d'Accès aux Documents Administratifs
CAF : Caisse d'Allocations Familiales

CANAM : Caisse Nationale d'Assurance Maladie et Maternité des Professionnels Indépendants
CANSSM : Caisse Autonome nationale de la Sécurité Sociale dans les Mines
CAPS : Centre d'Accueil et de Permanence des Soins
CAPI : Contrat d'Amélioration des Pratiques Individuelles
CARMF : Caisse Autonome de Retraite des Médecins de France
CARPIMKO : Caisse Autonome de Retraite et de Prévoyance des Infirmiers, Masseurs-Kinésithérapeutes, Pédicure-Podologues, Orthophonistes et orthoptistes
CAVIMAC : Caisse d'Assurance Vieillesse, Invalidité et Maladie des Cultes
CCA : Chef de Clinique Assistant
CCAA : Centre de Cure Ambulatoire en Alcoologie
CCAM : Classification Commune des Actes Médicaux
CCAPS : Classification Commune des Actes des Professions de Santé
CCAS RATP : Caisse de Coordination aux Assurances Sociales de la RATP
3C : Centre de Coordination en Cancérologie
CCIP : Régime Spécial d'Assurance Maladie et d'Assurance Vieillesse de la Chambre de Commerce et d'Industrie de Paris
CCLAT : Convention Cadre pour la Lutte Anti-Tabac (OMS)
CCLIN : Centre de Coordination de la Lutte Contre les Infections Nosocomiales
CCMSA : Caisse centrale de la mutualité sociale agricole
CCNE : Comité Consultatif National d'Éthique
CCPRB : Comité Consultatif de Protection des Personnes dans la Recherche Biomédicale
CdAM : Catalogue des Actes Médicaux
CdARR : Catalogue des Activités de Rééducation et de Réadaptation
CE : Conseil d'État
CEA : Commissariat à l'Énergie Atomique
CECOS : Centre d'Étude et de Conservation du Sperme
CENGEPs : Centre National de Gestion des Essais des Produits de Santé
CepiDC : Centre d'Épidémiologie sur les Causes Médicales de Décès
CEPR : Centre Européen de Prévention des Risques
CEPS : Comité Économique des Produits de Santé
CEREQ : Centre d'Études et de Recherche sur les Qualifications
CES : Centre d'examen de Santé
CETAF : Centre Technique d'Appui et de Formation des centres d'examen de santé
CGOS : Comité de Gestion des Œuvres Sociales des établissements hospitaliers
CGSS : Caisse Générale de Sécurité Sociale
CH : Centre Hospitalier

CHG : Centre Hospitalier Général
CHR : Centre Hospitalier Régional (non universitaire)
CHRU : Centre Hospitalier Régional Universitaire
CHSCT : Comité d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail
CHT : Communauté Hospitalière de Territoire
CHU : Centre Hospitalier et Universitaire
CIADT : Comité Interministériel d'Aménagement du Territoire
CIFCOT : Conférence Internationale Francophone pour le Contrôle du Tabac
CIM : Classification Internationale des Maladies
CIM-9 : Classification internationale des maladies, 9^e révision
CIM-10 : Classification internationale des maladies, 10^e révision
CIRC : Centre International de Recherche sur le Cancer (= IARC : International Agency for Research on Cancer)
CIRCE : Cancer Inégalités Régionales, Cantonales et Environnement
CIRE : Cellule InterRégionale d'Epidémiologie
CISS : Collectif Inter associatif sur la Santé
CLCC : Centre de Lutte Contre le Cancer
CLIN : Comité de Lutte contre les Infections Nosocomiales
CM : Catégorie majeure
CMA : Complications et Morbidité Associées
CMAS : Complications ou Morbidités Associées Sévères
CMAS-NT : Complications ou Morbidités Associées Sévères Non Traumatiques
CMC : Catégories Majeures Cliniques
CMD : Catégories Majeures de Diagnostics
CME : Commission Médicale d'Établissement
CMPU : Comité des Malades, des Proches et des Usagers (INCa)
CMR : Caisse Maladie Régionale
CMR : Cancérogène, Mutagène et/ou Reprotoxique
CMU : Couverture Maladie Universelle
CNAMTS : Caisse Nationale de l'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés
CNAV : Caisse Nationale de l'Assurance Vieillesse
CNC : Comité National du Cancer
CNCT : Comité National Contre le Tabagisme
CNED : Comité National Élargi des Dépistages
CNEH : Centre National de l'Expertise Hospitalière
CNHIM : Centre National Hospitalier d'Information sur le Médicament
CNID : Centre National d'Information sur les Drogues
CNIEG : Caisse Nationale des Industries Électriques et Gazières
CNIL : Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés
CNIS : Conseil National de l'Information Statistique
CNMSS : Caisse Nationale Militaire de Sécurité Sociale
CNOM : Conseil National de l'Ordre des Médecins

CNOP : Conseil National de l'Ordre des Pharmaciens
CNOSF : Conseil National de l'Ordre des Sages-Femmes
CNOSS : Comité National de l'Organisation Sanitaire et Sociale
CNPS : Centre National des Professions de Santé
CNR : Comité National des Registres
CNR : Centre National de Référence
CNRACL : Caisse Nationale de Retraite des Agents de Collectivités Locales
CNRD : Centre National de Ressources de la Douleur
CNRS : Centre National de la Recherche Scientifique
CNS : Conseil National du Sida
CNSA : Caisse Nationale de Solidarité pour l'Autonomie
CNSP : Comité National de Santé Publique
CNU : Conseil National des Universités
CODES : Comité Départemental d'Éducation pour la Santé
CODESS : Comité Départemental d'Éducation Sanitaire et Sociale
COFRAC : Comité Français d'Accréditation
COG : Convention d'Objectif et de Gestion
COM : Contrat d'Objectif Moyen
COM : Collectivité d'Outre-Mer
COMIOR : Comité ministériel d'orientation de la recherche
COS : Comité d'Orientation Scientifique
COSET : Cohorte pour la surveillance épidémiologique en milieu du travail
COSMOP : projet de Cohorte pour la Surveillance de la Mortalité par Profession
CP : Concertation Pluridisciplinaire
CPAM : Caisse Primaire d'Assurance Maladie
CPER : Contrat de projet État-région
CPR SNCF : Caisse de Prévoyance et de Retraite de la SNCF
CPS : Comité de Promotion de la Santé
CPS : Carte Professionnelle de Santé
CRAM : Caisse Régionale d'Assurance Maladie
CRAP : Compte Rendu d'Anatomo-Pathologie
CREDES : Centre de Recherche, d'Étude et de Documentation en Économie de la Santé (aujourd'hui IRDES)
CREDOC : Centre de Recherche pour l'Étude et l'Observation des Conditions de Vie
CRES : Comité Régional d'Éducation pour la Santé
CRESIF : Comité Régional d'Éducation pour la Santé d'Île-de-France
CRF : Centre de Rééducation Fonctionnelle
CRH : Centre René Huguenin (Saint-Cloud)
CRISAPIF : Centre de Regroupement Informatique et Statistique des données d'Anatomie et cytologie Pathologiques d'Île-de-France
CRO : Compte Rendu Opératoire
CROS : Comité Régional de l'Organisation Sanitaire

CROUS : Centre Régional des Œuvres Universitaires et Scolaires
CRPCEN : Caisse de Retraite et de Prévoyance des Clercs et Employés de Notaires
CSAPA : Centre de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie
CSDM : Centre de Sociologie et de Démographie Médicales
CSH : Conseil Supérieur des Hôpitaux
CSP : Code de la Santé Publique
CSPPM : Conseil Supérieur des Professions Paramédicales
CSPRP : Conseil Supérieur de la Prévention des Risques Professionnels
CSS : Code de la Sécurité Sociale
CT : Computerized Tomography (Scanner)
CTE : Comité Technique d'Établissement
CTV : Comité Technique des Vaccinations
CVM : Chlorure de vinyle monomère

D

DA : Diagnostic associé
DA : Dispositif d'Annonce
DAC : Dotation Annuelle Complémentaire
DAEI : Délégation aux Affaires Européennes et Internationales (ministères santé et emploi)
DAF : Dotation Annuelle de Financement
DAGEMO : Direction de l'Administration Générale et de la Modernisation des services (ministère travail)
DAGPB : Direction de l'Administration Générale, du Personnel et du Budget (ministère santé)
DARES : Direction de l'Animation de la Recherche, des Études et des Statistiques
DARH : Directeur d'Agence Régionale de l'Hospitalisation
DAS : Diagnostic Associé Significatif
DAIIM : Dépistage des Atypies des Informations médico-administrative
DCC : Dossier Communicant en Cancérologie
DCEM : Deuxième Cycle des Études Médicales
DDASS : Direction Départementale des Affaires Sanitaires et Sociales
DDTEFP : Direction Départementale du Travail, de l'Emploi et de la Formation Professionnelle
DEA : Diplôme d'Études Approfondies
DEAVS : Diplôme d'État d'Auxiliaire de Vie Sociale
DES : Diplôme d'Études Spécialisées
DESC : Diplôme d'Études Spécialisées Complémentaires
DGAS : Direction Générale de l'Action Sociale (ministère santé)

DGCCRF : Direction Générale de la Consommation,
de la Concurrence et de la Répression des Fraudes
DGDDI : Direction générale des douanes et droits indirects
DGEFP : Délégation Générale à l'Emploi et à la Formation
Professionnelle (ministère emploi)
DGF : Dotation Globale de Fonctionnement
DGRI : Direction générale de la recherche et de l'innovation
DGS : Direction Générale de la Santé
DGSNR : Direction Générale de la Sûreté Nucléaire
et de la Radioprotection
DGT : Direction générale du travail
DHOS : Direction de l'Hospitalisation et de l'Organisation des Soins
DIM : Département d'Information Médicale
DIRC : Délégation Interrégionale à la Recherche Clinique
DLF : Direction de la législation fiscale
DMP : Dossier Médical Personnel
DMSI : Département Méthode et Systèmes d'information
DMT : Discipline médico-tarifaire
DNDR : Dotation Nationale de Développement des Réseaux
de santé
DNF : Droit des Non-Fumeurs (association)
DO : Dépistage Organisé
DO : Déclaration obligatoire
DOM : Département d'Outre-Mer
DP : Diagnostic Principal
DPM : Direction de la Population et des Migrations
(ministère emploi, cohésion sociale)
DQPRM : Diplôme de Qualification en Physique Radiologique
et Médicale
DR : Diagnostic Relié
DRASS : Direction Régionale des Affaires Sanitaires et Sociales
DRC : Délégation à la Recherche Clinique
DRCI : Délégation à la Recherche et à l'Innovation
DRDJS : Direction Régionale et Départementale de la Jeunesse,
des Sports et de la Vie associative
DRDR : Dotation régionale de Développement des Réseaux
DREES : Direction de la Recherche, des Études, de l'Évaluation
et des Statistiques (ministère santé)
DRG : Diagnosis Related Groups
DRP : Direction des Risques Professionnels
DRSM : Direction Régionale du Service Médical (Assurance
maladie)
DRT : Direction des Relations du Travail (ministère emploi)
DSS : Direction de la Sécurité Sociale
DTE : Diagnostic Tabagisme Établissement
DTS : Diplôme de Technicien Supérieur

E

- ECBU** : Examen Cyto Bactériologique des Urines
ECR : Échelle des Coûts Relatifs
EFS : Établissement Français du Sang
EHESP : École des Hautes Études en Santé Publique
EHIS : Environment and Health Information System
EHP : Enquête Hôpitaux Privés
EHPA : Établissement d'Hébergement pour Personnes Âgées
EMEA : European Medicines Evaluation Agency – Agence européenne pour l'évaluation des médicaments
EMSP : Équipe Mobile de Soins Palliatifs
ENC : Étude Nationale des Coûts
ENC : Examen National Classant
ENCR : European Network of Cancer Registry
ENIM : Établissement National des Invalides de la Marine
ENNS : Étude Nationale Nutrition Santé
ENSP : École Nationale de Santé Publique
ENV : École nationale vétérinaire
EORTC : European Organization for Research and Treatment of Cancer
EPC : Enquête Permanente Cancer
EPHAD : Établissement Assurant l'Hébergement pour Personnes Âgées Dépendantes
EPC : Enquête Permanente Cancer
EPIC : European Prospective Investigation into Cancer and Nutrition (étude)
EPP : Évaluation des Pratiques Professionnelles
EPRD : État Prévisionnel de Dépenses et de Recettes
ERI : Espace de Rencontre et d'Information
ERSM : Échelon Régional du Service Médical
ESCAPAD : Enquête sur la Santé et les Consommations lors de l'Appel de Préparation à la Défense
ESPAD : European School Survey Project on Alcohol and other Drugs
ESPS : Enquête Santé Protection Sociale
ETP : Équivalent Temps Plein
ETS : Établissement de Santé

F

- FAQSV** : Fonds d'Amélioration de la Qualité des Soins de Ville
FCRISAP : Fédération des Centres de Regroupement Informatique et Statistique en Anatomie et Cytologie Pathologiques
18F-FDG : molécule produite par le cyclotron pour l'exploration isotopique en médecine nucléaire
-

FEHAP : Fédération des Établissements Hospitaliers et d'Assistance Privés à but non lucratif
FFB : Fédération Française des Banques
FFSA : Fédération Française des Sociétés d'Assurance
FG : Fonction groupage
FHF : Fédération Hospitalière de France
FHP : Fédération de l'Hospitalisation privée
FICQS : Fonds d'Intervention pour la Qualité et la Coordination des Soins
FIHP : Fédération Intersyndicale des Établissements d'Hospitalisation Privée
FINES : Fichier National des Établissements Sanitaires et Sociaux
FINPS : Fichier d'Identification Nationale des Professions de Santé
FIVA : Fonds d'Indemnisation des Victimes de l'Amiante
FMC : Formation Médicale Continue
FMES : Fonds de Modernisation Sociale des Établissements de Santé
FNCCH : Fédération Nationale de Cancérologie des Centres Hospitaliers
FNCLCC : Fédération Nationale des Centres de Lutte Contre le Cancer
FNES : Fédération Nationale des Comités d'Éducation pour la Santé
FNORS : Fédération Nationale des Observatoires Régionaux de la Santé
FNPEIS : Fonds National de Prévention, d'Éducation et d'Information Sanitaire
FOIN : Fonctions d'Occultation des Informations Nominatives
FRANCIM : Réseau Français des registres du cancer

G

GENRSA : Générateur de Résumés de Sortie Anonymes
GERS : Groupement d'Études et de Recherche sur la Santé
GBM : Génie Biologique et Médical
GCS : Groupement de Coopération Sanitaire
GEC : Groupe d'Études Cliniques
GHJ : Groupe Homogène de Journées
GHM : Groupe Homogène de Malades
GHS : Groupe Homogène de Séjours
GIE : Groupement d'Intérêt Économique
GIP : Groupement d'Intérêt Public
GIP AIS : Groupement d'Intérêt Public « Alcool Info Service »
GIP-DMP : Groupement d'Intérêt Public « Dossier Médical Personnalisé »
GIS : Groupement d'Intérêt Scientifique
GIS IbisA : Groupement d'Intérêt Scientifique « Infrastructures en Biologie Santé et Agronomie »
GIP-CPS : Groupement d'Intérêt Public « Carte des professionnels de Santé »

GNS : Groupe National de Suivi

GRSP : Groupement Régional de Santé Publique

H

HAD : Hospitalisation à Domicile

HAS : Haute Autorité de Santé

HCSP : Haut Conseil de la Santé Publique

HNPCC : gène de prédisposition au cancer colorectal, héréditaire, sans polype

HPST : Hôpital, Patients, Santé et Territoires (Loi)

HPV : papillomavirus humain

I

IADE : Infirmier Anesthésiste Diplômé d'État

IARC : International Agency for Research on Cancer (= CIRC: Centre International de Recherches sur le Cancer)

IBODE : Infirmier de Bloc Opératoire Diplômé d'État

IC : Intervalle de Confiance

ICD-9-CM : International Classification of Disease, 9th edition, Clinical Modification

ICR : Indice du Coût Relatif

ICT : Irradiation Corporelle Totale

IDE : Infirmier Diplômé d'État

IDS : Institut du Développement Social

IFEN : Institut Français de l'ENVironnement

IFMK : Institut de Formation en Masso-Kinésithérapie

IFSI : Institut de Formation en Soins Infirmiers

IGAS : Inspection Générale des Affaires Sociales

IGR : Institut Gustave Roussy

IGS : Indice de Gravité Simplifié

IMC : Indice de masse corporelle

INCa : Institut national du cancer

INERIS : Institut National de l'Environnement Industriel et des Risques

INPES : Institut National de Prévention et d'Éducation pour la Santé

INRS : Institut National de Recherche et de Sécurité (pour la prévention des AT-MP)

INS : Identifiant national de santé

INSEE : Institut National de la Statistique et des Études Économiques

INSERM : Institut National de la Santé Et de la Recherche Médicale

INSTN : Institut national des sciences et techniques nucléaires au service du transfert des connaissances développées au CEA

InVS : Institut national de Veille Sanitaire

IPP : Identifiant Personnel Permanent

IRD : Institut de Recherche pour le Développement (ex ORSTOM)

IRSN : Institut de Radioprotection et de Sûreté Nucléaire
IRDES : Institut de Recherche et de Documentation
en Économie de la Santé (ex CREDES)
IReSP : Institut de recherche en santé publique
IRM : Imagerie par Résonance Magnétique
ISA : Indice Synthétique d'Activité
ISAr : Indice Synthétique d'Activité régionale
ITMO : Instituts Thématiques Multi-Organismes

J

JO : Journal Officiel

K

KIS : Kiosque Information Santé

L

LEEM : Les Entreprises du Médicament
LIR : Laboratoires Internationaux de recherche
LMD : Licence-Master-Doctorat
LNCC : Ligue Nationale Contre le Cancer
LOLF : Loi Organique relative aux Lois des Finances
LRPSP : Loi relative à la politique de santé publique

M

MAE : Ministère des affaires étrangères
MCO : Médecine, Chirurgie, Obstétrique
MCU-PH : Maître de Conférence des Universités – Praticien
Hospitalier
MDPH : Maison Départementale des Personnes Handicapées
MEAH : Mission nationale d'Expertise et d'Audit Hospitalier
MEN : Ministère de l'éducation nationale
MEP : Médecin à Exercice Particulier
MERRI : Mission d'Enseignement, de Recherche, de Référence
et d'Innovation
MESONAT : Registre multicentrique national du mésothéliome
pleural
MESR : Ministère de l'enseignement supérieur et de la recherche
MIG : Mission d'Intérêt général
MIGAC : Mission d'Intérêt Général et Aide à la Contractualisation
MILDT : Mission Interministérielle de Lutte contre la Drogue
et la Toxicomanie
MIRE : Mission Recherche du ministère de la santé et des solidarités



MMR : gène de prédisposition au cancer colorectal
MSA : Mutualité Sociale Agricole
MYH : gène prédisposition héréditaire au cancer

N

NACRe : réseau National Alimentation Cancer Recherche
NCHS : National Center of Health Statistics
NFS : Numération Formule Sanguine
NGAP : Nomenclature Générale des Actes Professionnels
NIEHS : National Institute of Environmental Health Sciences
NCI : National Cancer Institute (USA)
NCRI : National Cancer Research Institute (UK)
NHS : National Health Service (Grande-Bretagne)
NIH : National Institutes of Health

O

OCDE : Organisation de Coopération et de Développement Économique
OEI : Organisation of European Cancer Institute
OFDT : Observatoire Français des Drogues et Toxicomanies
OFT : Office Français de prévention du Tabagisme
OMIT : Observatoire des Médicaments et des Innovations Thérapeutiques
OMEDIT : Observatoire des Médicaments, des Dispositifs médicaux et des Innovations Thérapeutiques
OMS : Organisation Mondiale de la Santé
ONDAM : Objectif National des Dépenses d'Assurance Maladie
ONDPS : Observatoire National de la Démographie des Professions de santé
ONG : Organisation non gouvernementale
ONIAM : Office National d'Indemnisation des Accidents Médicaux
OPPBTP : Organisme Professionnel de Prévention du Bâtiment et des Travaux Publics
OQN : Objectif Quantifié National
OR : Odds Ratio
ORL : Oto Rhino Laryngologie
ORS : Observatoire Régional de la Santé

P

PAIR : Programme d'actions intégrées de recherche
PASS : Permanence d'Accès aux Soins de Santé
PCEM : Premier cycle des études médicales
PCRD : Programme Cadre de Recherche et Développement (de la Commission européenne)

PED : Pays en développement
PERNNS : Pôle d'Expertise et de Référence Nationale des Nomenclatures de Santé
PH : Praticien Hospitalier
PHRC : Programme Hospitalier de Recherche Clinique
PHTP : Praticien Hospitalier Temps Plein
PLF : Projet de loi de finance
PLFSS : Projet de loi de Financement de la Sécurité Sociale
PLHPST : Projet de loi, hôpital, patients, santé et territoires
PMI : Protection Maternelle Infantile
PMSI : Programme de Médicalisation des Systèmes d'Information
PNAPS : Plan national de prévention par l'éducation physique
PNNS : Programme National Nutrition Santé
PNSE : Plan National Santé Environnement
PNSM : Programme National de Surveillance du Mésothéliome
PPAC : Programme Personnalisé de l'Après Cancer
PPS : Programme Personnalisé de Soins
PRAPS : Programme Régional pour l'Accès à la Prévention et aux Soins
PREDECOB : Plateforme de recherche et de développement des grandes cohortes biomédicales
PRH : Programme Régional Hospitalier
PRSP : Plan Régional de Santé Publique
PS : Profession de Santé
PSPH : établissement de santé privé Participant au Service Public Hospitalier
PST : Plan Santé Travail
PTT : Protocole Temporaire de Traitement
PU : Praticien Universitaire
PUI : Pharmacie à Usage Intérieur (pharmacie hospitalière)
PU-PH : Professeur des Universités - Praticien Hospitalier
PUT : Protocole d'Utilisation Thérapeutique

R

RBU : Référentiel de Bon Usage
RCMI : Radiothérapie Conformationnelle avec Modulation d'Intensité
RCP : Réunion de Concertation Pluridisciplinaire
REACH : Registration, Evaluation and Autorisation of Chemicals
Réseau NACRe : Réseau National Alimentation Cancer Recherche
RHA : Résumé Hebdomadaire Anonyme
RHS : Résumé Hebdomadaire Standardisé
RIC : Réunion Interprofessionnelle de Coordination
RMN : Résonance Magnétique Nucléaire
RNIPP : Répertoire National d'Identification des Personnes



Physiques

- RPPS** : Répertoire Partagé des professionnels de Santé
- RPC** : Recommandation de Pratique Clinique
- RR** : Risque Relatif
- RRC** : Réseau Régional de Cancérologie
- RSA** : Résumé de Sortie Anonymisé
- RSA** : Revenu de Solidarité Active
- RSF** : Résumé Standardisé de Facturation
- RSFAc** : Résumé Standardisé de Facturation Anonyme Chaînable
- RSH** : Résumé de Séjour Hebdomadaire
- RSS** : Résumé de Sortie Standardisé
- RUM** : Résumé d'Unité Médicale clinique

S

- SAE** : Statistique Annuelle des Établissements de santé
- SAI** : Sans autre indication
- SAIO** : Service Académique d'Information et d'Orientation
- SAMU** : Service d'Aide Médicale d'Urgence
- SCI** : Société Civile Immobilière
- SDFE** : Service des Droits des Femmes et de l'Égalité
- SEP** : Sclérose en Plaques
- SFAP** : Société Française d'Accompagnement et de Soins Palliatifs
- SFC** : Société Française du Cancer
- SFETD** : Société Française d'Étude et de Traitement de la Douleur
- SFH** : Société Française d'Hématologie
- SFN** : Société Française de Nutrition
- SFP** : Société Française de Pathologie
- SFRO** : Société Française de Radiothérapie Oncologique
- SHS** : Sciences humaines et sociales
- SICAP** : logiciel élaboré par le ministère de la santé pour renforcer la toxicovigilance
- SICOM** : Service de l'Information et de la Communication (ministère santé)
- SIDA** : Syndrome d'Immuno-Déficiences Acquises
- SIG** : Système d'information géographique
- SIGMED** : Système d'Information et de Gestion des Personnels Médicaux
- SIIPS** : Soins Infirmiers Individualisés à la Personne Soignée
- SMPF** : Syndicat des médecins pathologistes français
- SMUR** : Service Mobile d'Urgence et de Réanimation
- SNIIRAM** : Système National d'Information Inter-Régimes de l'Assurance Maladie
- SNIREP** : Système National Inter-Régimes des Établissements privés
- SNITEM** : Syndicat National des Industriels et des Technologies Médicales

SOR : Standards, Options, Recommandations
SPC : Soins Particulièrement Coûteux
SPH : Service Public Hospitalier (PSPH : établissement Participant au Service Public Hospitalier)
SPORT : Strategic Partnership for Reach Testing (NCI)
SREPS : Schéma Régional d'Éducation Pour la Santé
SROS : Schéma Régional de l'Organisation Sanitaire
SSIAD : Service de Soins Infirmiers À Domicile
SSR : Soins de Suite et de Réadaptation
SSRHA : Suites Semestrielles de Résumés Hebdomadaires Anonymes
STIC : programme de Soutien aux Techniques Innovantes Coûteuses

T

T2A : Tarification À l'Activité
TCAM : Taux de Croissance Annuel Moyen
TEC : Technicien d'Études Cliniques
TEP : Tomographe à Émission de Positons
TGIR : Très grandes infrastructures de recherche
TIPS : Tarif Interministériel des Prestations Sanitaires
TIS : Tabac Info Service

U

UCANSS : Union des caisses nationales de sécurité sociale
UCOG : Unité de Coordination en Oncogériatrie
UCSA : Unités de Consultations et de Soins Ambulatoires (en milieu pénitentiaire)
UFR : Unité de Formation et de Recherche
UGEAM : Union de Gestion des Établissements des Caisses d'Assurance Maladie
UICC : Union Internationale Contre le Cancer (International Union Against Cancer)
UM : Unité médicale
UNCAM : Union Nationale des Caisses d'Assurance Maladie
UNHPC : Union Nationale de l'Hospitalisation Privée en Cancérologie
UPCOG : Union Pilote de l'action de coordination en Oncogériatrie
URCAM : Union Régionale des Caisses d'Assurance Maladie
URML : Union Régionale des Médecins Libéraux
USEN : Unité de Surveillance et d'Épidémiologie Nutritionnelle (unité mixte InVS-CNAM)
USP : Unité de Soins Palliatifs



V

VADS : Voies Aéro-Digestives Supérieures
VAE : Validation des Acquis de l'Expérience
VHB : Virus de l'Hépatite B
VHC : Virus de l'Hépatite C
VPN : Valeur Prédictive Négative
VPP : Valeur Prédictive Positive

W

WCRF : World Cancer Research Fund
WHI : Women's Health Initiative
WHO : World Health Organisation

NOTES

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

NOTES

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....



Liberté • Égalité • Fraternité
RÉPUBLIQUE FRANÇAISE



Plan cancer **2009** 2013



Liberté • Égalité • Fraternité
RÉPUBLIQUE FRANÇAISE



Liberté • Égalité • Fraternité

RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

MINISTÈRE
DE L'ENSEIGNEMENT SUPÉRIEUR
ET DE LA RECHERCHE

MINISTÈRE
DE LA SANTÉ ET DES SPORTS