

Plan Cancer 2014-2019

Synthèse des 17 objectifs, 57 sous-objectifs, 189 actions, 426 mesures

Plan Cancer 3 présenté par le Président Hollande le mardi 4 février 2014

Guérir et prévenir
les cancers :
donnons
les mêmes chances
à tous,
partout en France

Le Financement du Plan	2
(extraits du discours de présentation du Plan par le Président de la République)	
La gouvernance du Plan	3
Les mesures du Plan Cancer 3	4
GUÉRIR PLUS DE PERSONNES MALADES	4
Objectif 1 : Favoriser des diagnostics plus précoces	4
Objectif 2 : Garantir la qualité et la sécurité des prises en charge	6
Objectif 3 : Accompagner les évolutions technologiques et thérapeutiques	10
Objectif 4 : Faire évoluer les formations et les métiers de la cancérologie	11
Objectif 5 : Accélérer l'émergence de l'innovation au bénéfice des patients	12
Objectif 6 : Conforter l'avance de la France dans la médecine personnalisée	14
PRÉSERVER LA CONTINUITÉ ET LA QUALITÉ DE VIE	15
Objectif 7 : Assurer des prises en charge globales et personnalisées	15
Objectif 8 : Réduire les risques de séquelles et de second cancer	18
Objectif 9 : Diminuer l'impact du cancer sur la vie personnelle	19
INVESTIR DANS LA PRÉVENTION ET LA RECHERCHE	22
Objectif 10 : Lancer le programme national de réduction du tabagisme	22
Objectif 11 : Donner à chacun les moyens de réduire son risque de cancer	23
Objectif 12 : Prévenir les cancers liés au travail ou à l'environnement	25
Objectif 13 : Se donner les moyens d'une recherche innovante	27
OPTIMISER LE PILOTAGE ET LES ORGANISATIONS	28
Objectif 14 : Faire vivre la démocratie sanitaire	28
Objectif 15 : Appuyer les politiques publiques sur des données robustes et partagées	29
Objectif 16 : Optimiser les organisations pour une plus grande efficacité	31
Objectif 17 : Adapter les modes de financement aux défis de la cancérologie	32

Le plan n'énumère pas toute la hiérarchie de ses "mesures". Pour en faciliter l'approche, nous avons choisi de la compléter dans le tableau qui suit. La **numération** des "sous objectifs" (1a...) et celle, en continu, des "mesures" (1 à 426) sont de l'UNHPC.

Dans le tableau ci-après, la "**page**" notée en dernière colonne est celle du document officiel de présentation du Plan.

Seule la **colonne "A"** a été rajoutée par l'UNHPC. Par un trait vertical rouge, elle signale à l'attention quelques "mesures" ou "actions" qui doivent, de son point de vue, faire l'objet d'un suivi ou d'une vigilance particulière de la part des établissements privés et des médecins libéraux. Les conditions de mise en place effective de ces mesures supposent en effet que l'Etat veille tout particulièrement à l'impartialité, à l'objectivité, au sens du service public de ses services et ses Agences. Le secteur des établissements privés, des centres de radiothérapie libéraux et les médecins libéraux ont en effet souffert lors de la mise en place des premiers Plans Cancer de conflits d'intérêts mal maîtrisés entre l'Etat régulateur et l'Etat opérateur, de la confusion entre service public et fonction publique, comme de la non-articulation officielle et structurelle de l'Assurance Maladie au dispositif de mise en place du Plan. La conjoncture actuelle en souligne tout particulièrement le risque pour ce nouveau Plan, c'est pourquoi nous avons introduit ce signalement ici. Les Plans précédents ont montré que le fait que nos équipes dépistent et diagnostiquent plus des deux tiers des cancers et en soignent près de la moitié ne suffit pas à ce qu'elles soient toujours considérées comme faisant partie de ce que le Président de la République a pourtant appelé la "communauté" des cancérologues.

Financement du Plan

*Le Plan ne dit rien de son financement, mais le Président de la République, François Hollande, en a parlé dans son discours de présentation le 4 février (cf. mail UNHPC 14/59 5 février 2014).
Extraits (les titres sont de l'UNHPC)*

- ☞ **Le Plan [...] mobilisera 1,5 milliard d'euros sur 5 ans, dont la moitié sera consacrée au financement de nouvelles mesures.**
- ☞ **IRM** : En France, les délais moyens d'accès à un examen par IRM sont de 27 jours. Ce chiffre à lui seul pourrait nous satisfaire, mais en fait, il varie du simple au double selon les lieux d'habitation. Comment l'accepter ? Le troisième Plan Cancer fixera comme obligation que le délai ne dépasse pas vingt jours où que l'on réside. Et nous y mettrons les moyens puisque quinze millions d'euros seront affectés aux régions qui sont aujourd'hui sous-équipées.
- ☞ **Recherche** : La recherche doit d'abord être sur l'essentiel. C'est la recherche fondamentale, elle sera préservée : l'Etat garantira un niveau de financement d'au moins 50 % des crédits sur appel à projets de l'INCa et d'Aviesan. C'est une condition nécessaire pour assurer aux équipes l'indépendance dont elles ont besoin pour mener leurs travaux, et dans la longue durée.
- ☞ **Facteurs génétiques** : De 10 000 tumeurs analysées en 2015, l'objectif est d'atteindre 60 000 en 2018. Nous y consacrerons, là encore, les moyens nécessaires, puisque ce programme est exceptionnel : 60 millions d'euros seront dégagés sur la durée du plan.
- ☞ **Liste en sus** : L'arrivée de nouveaux produits conduit à une envolée des coûts des traitements qui - je le rappelle - sont supportés par l'Assurance-maladie. C'est quand même une garantie que nous devons donner à tous nos concitoyens. Il est hors de question de priver les malades des progrès de la science parce que ce serait trop cher.
- ☞ **Scolarisation** : Lorsque la scolarisation est rendue impossible, l'accès à des cours par correspondance doit leur être garanti. Mais faut-il encore que ce soit gratuit. Cela le sera, puisque la gratuité de l'inscription au CNED sera étendue à tous les élèves, de plus de 16 ans, atteints d'un cancer.
- ☞ **Indemnités journalières** : Pour les personnes qui ont travaillé moins de 200 heures dans un trimestre, il n'y a plus d'indemnités journalières. C'est pourquoi le gouvernement a décidé d'abaisser ce seuil à 150 heures dès le 1er janvier 2015, notamment pour les personnes atteintes d'un cancer.
- ☞ **Restes à charge** : Aujourd'hui les « restes à charge », comme l'on dit, c'est-à-dire ce qui doit être payé par les malades, demeurent trop importants. Nous veillerons à ce que l'application de l'avenant numéro 8 de la convention médicale sur les dépassements d'honoraires soit strictement respectée pour les patients atteints de cancer. [...] À l'échéance du Plan, il sera créé dans chaque région une offre de chirurgie réparatrice, accessible à tous, sans aucun frais pour les patients.
- ☞ **Prévention** : La prévention est le meilleur investissement.
- ☞ **Tabac** :
 - Les hausses de tarifs doivent retrouver leur finalité de santé publique. Depuis 18 mois, le prix du paquet a augmenté en moyenne de 80 centimes, soit plus de 12 %. Ce mouvement se poursuivra, mais il sera guidé par un seul impératif : les recettes supplémentaires ne bénéficieront pas à l'Etat, mais abonderont un fonds dédié, c'est-à-dire destiné à la recherche sur le cancer, à sa prévention et à l'amélioration de sa prise en charge.
 - Le soutien à l'achat de substituts nicotiques sera relevé, le forfait actuel est de 50 euros, il a déjà été porté cette année à 150 euros pour les moins de 25 ans. Nous étendrons cette mesure en 2015 aux 25 à 30 ans, aux bénéficiaires de la Couverture Maladie Universelle, et à tous les malades du cancer.
 - Enfin les buralistes seront encouragés à s'adapter à ce qui est notre objectif - la diminution du nombre de fumeurs - et à participer eux-mêmes davantage au développement des moyens de substitution tabagique. Le programme national de réduction du tabagisme contiendra, et c'est légitime, des mesures en faveur de la diversification de leurs activités.

- ☞ La gouvernance du Plan Cancer a pour rôle de veiller à sa réalisation par la mobilisation des partenaires et des moyens prévus, en associant les acteurs et les usagers, pour atteindre les objectifs fixés.
- ☞ Elle repose sur le pilotage du Plan, le suivi de sa mise en œuvre et son évaluation, la concertation avec les acteurs et les usagers et l'information du public.

Le pilotage du Plan cancer

- ☞ Vise à conduire sa mise en œuvre pour parvenir aux résultats attendus.
- ☞ Il s'exerce en articulation entre le niveau national et le niveau régional.

Le comité de pilotage interministériel du Plan cancer

- ☞ Veille à la réalisation du Plan par la mobilisation des partenaires et des moyens et oriente sa mise en œuvre.
- ☞ Il peut proposer des adaptations du Plan en fonction de l'évolution du contexte.

Il se réunit au moins une fois par an.

Il rend compte de la mise en œuvre du Plan au comité interministériel pour la santé placé sous l'égide du Premier Ministre
Il remet son rapport annuel au président de la République.

Co-présidé par les cabinets des ministres chargés de la recherche et de la santé.

Se compose :

- des directeurs des administrations centrales des ministères chargés de la recherche et de la santé et des autres ministères impliqués,
- du directeur général de la Cnamts,
- d'un représentant des directeurs généraux des agences régionales de santé,
- du président de l'INCa
- des associations représentant les malades et les usagers de la santé.

Les ARS

Le pilotage du Plan cancer s'exerce en articulation entre le niveau national et le niveau régional.

- ☞ Les agences régionales de santé sont responsables de la déclinaison du Plan dans leur région, pour les actions dont elles sont pilotes ou partenaires, en tenant compte des spécificités de leurs territoires.

- ☞ Les ARS assurent le reporting de la mise en œuvre régionale du Plan et de ses résultats.

Un représentant des directeurs généraux des ARS est membre du comité de pilotage et le rapport annuel du Plan est présenté à l'ensemble des directeurs généraux.

Un séminaire d'information et d'échanges sur le Plan cancer est organisé chaque année avec les représentants des ARS.

Le suivi et l'évaluation du Plan

- ☞ Le suivi du Plan cancer contribue à son pilotage.
- ☞ Pour chacune des actions, le Plan identifie un pilote responsable, avec les partenaires impliqués, de mettre en œuvre l'action et de rendre compte de sa réalisation et de ses résultats.

Le comité de suivi

- ☞ il planifie la mise en œuvre des actions et s'assure de leur déroulement selon le calendrier prévisionnel ;
- ☞ il apprécie les résultats du Plan à l'aide d'indicateurs ;
- ☞ et suit l'évolution de la dépense par rapport au budget prévu ;
- ☞ il consolide les bilans régionaux des ARS ;
- ☞ il prépare le rapport annuel du Plan cancer. Le comité de suivi se réunit trois à quatre fois par an.

L'INCa coordonne le suivi du Plan cancer et la mesure de ses résultats. Il anime le comité de suivi réunissant tous les pilotes d'actions.

L'évaluation de la mise en œuvre du Plan cancer

- ☞ sera conduite en continu par le comité de pilotage en s'appuyant sur des indicateurs de réalisation et de résultats des actions.
- ☞ L'évaluation de l'impact du Plan sur des objectifs de santé (exemple : réduction de la mortalité par cancer) ne pourra être réalisée qu'à distance.
- ☞ La définition précise de l'ensemble de ces indicateurs permettant de suivre et d'évaluer l'atteinte des objectifs sera faite en lien avec les pilotes des actions, le Haut Conseil de santé publique et en cohérence avec les indicateurs de la future loi de santé publique. Ils seront validés au cours de la première réunion du comité de pilotage du Plan en 2014.
- ☞ Une évaluation externe du Plan cancer sera réalisée notamment au regard de ces indicateurs.

La concertation avec les acteurs et les usagers

Les acteurs et les usagers du système de santé et de la recherche sont associés à la mise en œuvre du Plan cancer dans une démarche de démocratie sanitaire.

Le dialogue avec les acteurs et les usagers

La concertation sur la mise en œuvre du Plan cancer avec les acteurs et les usagers est organisée par l'INCa, en lien avec le comité de pilotage, lors de séminaires annuels avec les membres du GIP et de son comité des usagers et des professionnels.

La concertation régionale

Les agences régionales de santé organisent la concertation sur le Plan cancer dans leur région avec les acteurs, les collectivités locales et les usagers, au sein de la conférence régionale de santé et de l'autonomie et des conférences de territoire.

L'information des publics

Afin de rendre compte au public de la mise en œuvre du Plan cancer et de ses résultats, le rapport annuel du Plan est rendu public.

L'ensemble des informations relatives au Plan cancer, à son avancement et ses réalisations, sont disponibles sur le site internet www.e-cancer.fr.

Plan Cancer 2014-2019

Note UNHPC : La liste qui suit reprend l'intégralité des mesures du Plan

GUÉRIR PLUS DE PERSONNES MALADES

Objectif 1 :

Favoriser des diagnostics plus précoces

S. Obj.	Action	Mesure	Libellé	A.	Page
1a	Faire reculer les inégalités face au cancer du col utérin et réduire son incidence				18
1.1	Permettre à chaque femme de 25 à 65 ans l'accès à un dépistage régulier du cancer du col utérin via un programme national de dépistage organisé.				19
	1		Encadrer le dispositif de dépistage organisé du cancer du col utérin en définissant un cahier des charges qui prendra en compte les enseignements tirés des expérimentations, en ciblant les femmes ne réalisant pas de dépistage et les populations les plus vulnérables.		
	2		Déployer le dispositif, son suivi et son évaluation en confortant le rôle du médecin généraliste et en s'appuyant sur les structures de gestion du programme de dépistage des cancers.		
	3		Garantir aux personnes concernées une prise en charge totale des actes de dépistage par l'assurance maladie obligatoire et complémentaire dans le cadre de la mise en place de contrats solidaires et responsables et élargir dans ce cadre l'application de la dispense d'avance de frais (consultations, tests et actes de dépistage).		
	4		Renforcer le rôle du médecin traitant dans l'initiation, la réalisation et le suivi du dépistage, et ajuster les objectifs de participation des patientèles des médecins traitants dans les objectifs de santé publique.		
	5		Assurer, sous la responsabilité des ARS, la diversification des effecteurs et lieux de réalisation des frottis cervicaux-utérins, et impliquer l'ensemble des professionnels et collectivités concernés dans le programme de dépistage afin de faire face aux évolutions démographiques (médecins généralistes, gynécologues, sages-femmes, pathologistes, biologistes).		
	6		Positionner dans le dispositif l'alternative par autoprélèvement pour les femmes qui ne font pas de frottis.		
	7		Développer des actions d'information et de sensibilisation de la population et cibler particulièrement en lien avec les ARS les départements dont les taux de couverture sont inférieurs à 50 % de la population cible.		
	8		S'assurer du respect des règles d'assurance qualité à toutes les étapes techniques et opérationnelles du programme.		
1.2	Améliorer le taux de couverture de la vaccination par le vaccin anti-papillomavirus en renforçant la mobilisation des médecins traitants et en diversifiant les accès, notamment avec gratuité, pour les jeunes filles concernées.				19
	9		Renforcer la communication vers les jeunes filles et les parents sur l'enjeu de la vaccination et son rapport bénéfices/risques, en mobilisant les relais locaux associatifs, les collectivités territoriales et les services de santé scolaire.		
	10		Introduire dans les rémunérations sur objectifs de santé publique des médecins traitants un indicateur de progrès de la vaccination anti-HPV, en complément de l'indicateur existant pour le frottis du col de l'utérus.		
	11		Promouvoir la diversification des structures de vaccination dont certaines permettent un accès gratuit à la vaccination : centres de vaccination, centres d'examen de santé, centres de dépistage anonyme et gratuit (CDAG), centres d'information, de dépistage et de diagnostic des infections sexuellement transmissibles (CIDDIST), maisons de santé pluridisciplinaires...		
	12		Autoriser la vaccination par les infirmier(e)s diplômé(e)s d'État.		
	13		Promouvoir des études en sciences humaines et sociales et en épidémiologie descriptive sur l'acceptabilité de la vaccination en milieu scolaire pour les jeunes filles de 11 à 14 ans.		
1.3	Assurer aux femmes chez lesquelles une anomalie a été détectée une prise en charge adaptée.				20
	14		Actualiser et diffuser les recommandations de prise en charge des lésions précancéreuses et cancéreuses en précisant les indications d'utilisation des différentes options thérapeutiques, pour éviter les conisations en excès et minimiser le surtraitement. S'assurer de leur application par les professionnels concernés.		

1.4	Mettre en place une évaluation de la stratégie de lutte contre le cancer du col de l'utérus pour guider et réajuster les dispositifs.	21
15	Assurer le recueil et l'analyse au niveau régional et national des informations et données nécessaires au suivi de ces programmes, à l'analyse des inégalités d'accès et à l'évaluation plurianuelle de l'organisation mise en place, ainsi que du respect des bonnes pratiques de prise en charge.	
16	Évaluer, sous l'angle médico-économique, la stratégie intégrée de dépistage et de vaccination et ses évolutions potentielles.	
1b	Réduire la mortalité et la lourdeur des traitements du cancer du sein et du cancer colorectal grâce aux dépistages	21
1.5	Proposer, par le médecin traitant, à chaque personne la modalité de dépistage et de suivi adaptée à son niveau de risque de cancer du sein ou de cancer colorectal, en intégrant les personnes à risque aggravé dans les programmes de dépistages, avec l'appui des structures de gestion et de l'Assurance maladie.	21
17	Préciser pour les cancers du sein et colorectaux, les options de dépistage ou de suivi selon les niveaux de risque pour garantir à chacun l'accès à la meilleure modalité de dépistage en fonction de son risque de cancer.	
18	Diffuser à la population, en lien avec les professionnels de santé concernés, une information sur les facteurs définissant les niveaux de risque, les examens ou tests pertinents et validés, la balance bénéfices/risques de chaque procédure.	
19	Mobiliser les acteurs du dépistage (professionnels de santé, structures de gestion) pour assurer aux personnes à risque aggravé le même niveau de sensibilisation, d'incitation et de suivi qu'aux personnes à risque standard.	
20	Expérimenter différentes procédures d'invitation à réaliser un examen de dépistage ou de suivi pour les personnes à risque aggravé.	
1.6	Accroître l'efficacité des programmes de dépistage organisé du cancer du sein et du cancer colorectal.	22
21	Optimiser les conditions de déploiement des évolutions technologiques dans les programmes de dépistage en commençant par les tests immunologiques pour les cancers colorectaux et l'utilisation de la dématérialisation des mammographies pour le cancer du sein.	
22	Accompagner le développement et l'évaluation des innovations et définir leurs places et leurs conditions optimales d'utilisation dans les programmes (tomosynthèse, tests sanguins).	
23	Mettre en place une démarche d'assurance qualité, concernant toutes les étapes du dépistage en cohérence avec les recommandations françaises et européennes.	
24	Mieux prendre en compte les dimensions éthiques liées au dépistage organisé dans l'information et l'organisation du dispositif.	
1.7	Lutter contre les inégalités d'accès et de recours aux programmes de dépistage.	23
25	Assurer une équité d'accès au dépistage par une dispense d'avance de frais et une prise en charge totale des actes de dépistage et des examens complémentaires liés au dépistage (échographie mammaire après mammographie suspecte dans le dépistage organisé notamment) : la mise en place des contrats responsables par les organismes complémentaires permettra de garantir aux assurés une prise en charge totale des actes de dépistage (consultations, tests et examens de dépistage) par l'Assurance maladie obligatoire et complémentaire. La généralisation du tiers payant y associera une dispense d'avance de frais.	
26	Soutenir la recherche interventionnelle dans le domaine de la lutte contre les inégalités face au dépistage et mettre en œuvre des expérimentations visant à renforcer la capacité des personnes à décider de leur intégration dans le parcours de dépistage.	
27	Recenser et mettre en œuvre des organisations et des approches ayant démontré leur efficacité (spécifiquement ou par analogie) pour faciliter l'entrée dans les dispositifs de dépistage (équipes mobiles, transport...).	
28	Suivre et analyser spécifiquement, en vue de mener des actions ciblées en lien avec les ARS, la participation aux programmes de dépistage de populations identifiées comme vulnérables ou ayant des difficultés d'accès : personnes en situation de précarité, de handicap (moteur, sensoriel ou mental), personnes vivant en lieux de privation de liberté (établissement pénitentiaire), personnes résidant dans des institutions, personnes isolées géographiquement, ou devant faire face à des difficultés socioculturelles ou linguistiques.	
29	Produire, en lien avec les ARS, des analyses territoriales des inégalités face au dépistage des cancers, par un géocodage des bases de données des programmes de dépistage, par une territorialisation des indicateurs relatifs au parcours de dépistage et par une identification des populations potentiellement moins participantes, en intégrant les déterminants socioéconomiques et sanitaires et en s'appuyant sur les acteurs du champ de l'observation au niveau local ou régional (ORS notamment).	
1.8	Encourager la mise en place d'organisations territoriales, de coopération entre les différents acteurs et d'approches de dépistage réduisant les inégalités d'accès (voir Actions 17.4 et 17.5)	24
1c	Permettre à chacun de mieux comprendre les enjeux des dépistages	24
1.9	Améliorer l'information des populations concernées par les dépistages pour leur permettre de faire des choix éclairés.	24
30	Mettre à la disposition de la population une information complète, précise, actualisée et accessible sur les recommandations et modalités de dépistage et sur leurs avantages et inconvénients. Développer des partenariats institutionnels ou associatifs pour faciliter la diffusion et l'appropriation de cette information.	

31	Poursuivre les campagnes nationales d'information sur les dépistages organisés et notamment sur le dépistage du cancer colorectal pour maintenir la mobilisation de l'ensemble des acteurs et sensibiliser la population à l'enjeu de ce dépistage.
32	Apporter un soutien aux actions régionales et territoriales d'information des populations, notamment celles ciblant des groupes de population les plus éloignés du système de santé ou présentant des particularités linguistiques ou culturelles.
33	Renforcer les études d'impact des actions d'information nationales et régionales en recensant les approches ayant démontré la meilleure efficacité et en étudiant de façon régulière l'appréciation de la balance bénéfiques/risques par les personnes concernées par le dépistage, pour adapter les actions au plus près de leurs connaissances.
34	Définir des outils ou des actions pour aider les professionnels de santé, notamment les médecins traitants, à mieux informer et orienter leurs patients, proposer des approches facilitant la transmission par le médecin traitant d'une information objective sur les dépistages.

1.10	Veiller à la pertinence des pratiques en matière de dépistage individuel ; encadrer et limiter les pratiques dont l'efficacité n'est pas avérée voire délétère.	25
-------------	--	----

35	Identifier, en s'appuyant sur les sociétés savantes, les professionnels de santé et les organismes producteurs de recommandations de bonne pratique, les situations de dépistage ou de détection précoce inadaptées et informer la population et les professionnels de santé.
36	Quantifier, lorsque c'est possible via les bases médico-administratives ou par des enquêtes, l'importance des pratiques inadaptées de dépistage ou de détection précoce et l'application effective des recommandations.
37	Étudier la possibilité d'une prise en charge différenciée ou d'une non-prise en charge par les régimes d'assurance maladie des examens et tests de dépistage ou de détection précoce réalisés en dehors des recommandations ou dont l'efficacité n'est pas avérée.

1d	Identifier de nouvelles opportunités de diagnostics précoces	25
-----------	---	-----------

1.11	Développer et accompagner le transfert des innovations technologiques et organisationnelles en matière de dépistage des cancers.	26
-------------	---	----

38	Valider une modalité de dépistage sensible et spécifique du cancer du poumon à l'horizon du Plan et soutenir des expérimentations en population ciblée.
39	Promouvoir la recherche pour aller vers de nouvelles modalités de dépistage pour les cancers fréquents et/ou graves (cancer de la prostate, cancer du pancréas, cancer du poumon).
40	Évaluer la place des tests sanguins de dépistage du cancer colorectal.
41	Accompagner le développement et l'évaluation de la tomosynthèse, et définir sa place et ses conditions optimales d'utilisation dans le programme de dépistage.
42	Expérimenter la télédermatologie dans la détection précoce des cancers de la peau par les équipes de premier recours, notamment pour réduire les inégalités territoriales, et dans le cadre du chantier de télémédecine de la Stratégie nationale de santé.
43	Renforcer la recherche interventionnelle en matière de dépistage par le développement d'appels à projets portant sur l'évolution des modalités ou l'identification de nouvelles opportunités de dépistage.

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

S. Obj.	Action	Mesure	Libellé	A.	Page
---------	--------	--------	---------	----	------

2a	Réduire les délais entraînant des pertes de chance	27
-----------	---	-----------

2.1	Garantir aux patients, avec l'appui du médecin généraliste ou de l'équipe de premier recours, un premier rendez-vous avec l'équipe de cancérologie la plus adaptée à leur situation et dans un délai rapide.	28
------------	---	----

44	Aider le médecin généraliste ou l'équipe de premier recours à adresser rapidement leurs patients vers l'équipe de cancérologie adaptée en améliorant la lisibilité de l'offre locorégionale (voire interrégionale pour les cancers de l'enfant ou les pathologies rares ou très complexes), grâce aux réseaux régionaux de cancérologie, en lien avec les ARS en charge de l'organisation de cette offre.
45	Sensibiliser les médecins traitants aux circonstances de découverte des cancers et notamment de l'enfant, de l'adolescent et du jeune adulte et leur donner les outils via des recommandations pour une orientation rapide vers les centres spécialisés.
46	Mettre en place dans chaque service hospitalier autorisé pour le traitement du cancer et dans chaque structure de coordination (plateformes d'appui, réseaux territoriaux...) un numéro de téléphone dédié au médecin traitant coordonnant l'équipe de premier recours.

2.2	Développer une politique active de maîtrise des délais de prise en charge.	28
------------	---	-----------

47	Fixer des objectifs nationaux en termes de délais dans les situations induisant une perte de chance notamment pour l'imagerie, la chirurgie, la radiothérapie.
----	--

	48	Inscrire les délais de prise en charge parmi les indicateurs de qualité rendus publics par les établissements.	
	49	Organiser, au niveau national et régional, une politique active et continue d'amélioration des délais. Confier aux ARS, en lien avec les réseaux régionaux de cancérologie, un suivi continu des délais par la mise en place d'indicateurs spécifiques et de tableaux de bord. Fixer aux établissements ayant des délais importants un objectif contractuel d'amélioration (CPOM ARS/établissement).	
2.3	Réduire les inégalités territoriales et harmoniser les délais d'accès à l'IRM et à la TEP.		28
	50	Saisir la HAS et l'INCa sur des référentiels de techniques d'IRM et de délais de prise en charge recommandés par localisation cancéreuse.	
	51	Prioriser chez l'enfant la substitution de la TDM par l'IRM lorsque cela est possible et pertinent en s'appuyant sur des recommandations de bonne pratique de l'imagerie chez l'enfant.	
	52	Optimiser l'utilisation du parc d'IRM en améliorant les organisations, si besoin par le développement de coopérations.	
	53	Ajuster le maillage territorial des équipements en IRM et TEP-CT sous la responsabilité des ARS pour corriger les inégalités d'accès et les situations territoriales identifiées comme critiques. Mettre à niveau le parc existant et aider à l'investissement dans les régions sous-équipées en IRM.	
2b	Encadrer et évaluer les prises en charge des personnes atteintes de cancer		29
2.4	Garantir une amélioration de la qualité et sécurité des prises en charge en mobilisant les dispositifs de certification, d'accréditation et en assurant une diffusion publique des indicateurs de qualité.		29
	54	Promouvoir et adapter les indicateurs de qualité et de sécurité des soins (IQSS) existants (niveau d'exigence et adaptation aux prises en charge complexes, intégration des indicateurs de délai d'envoi des documents d'interface avec le premier recours - type PPS et PPAC) et adapter les indicateurs de satisfaction des patients à la spécificité de la prise en charge du cancer.	
	55	Introduire des indicateurs de qualité de prise en charge des patients par localisations de cancers (notamment indicateurs de mortalité et de morbidité) et par établissement, établis en lien avec les professionnels et rendus accessibles au public.	
	56	Développer, dans la certification des établissements de santé, une approche par parcours du patient atteint de cancer, qui pourrait aller jusqu'à une certification de parcours, et adapter la méthode du patient traceur dans le champ de la cancérologie.	
	57	En s'appuyant sur le modèle de l'accréditation des médecins de spécialités à risque, étudier la possibilité de développer une accréditation spécifique à la prise en charge du cancer, concernant les praticiens et les équipes hospitalières et étudier la possibilité de l'étendre, pour certaines spécialités comme la dermatologie, à la prise en charge en ville.	
2.5	Réviser et faire évoluer les critères d'agrément à la prise en charge du cancer par l'INCa avec l'appui de groupes d'experts, pour améliorer notamment l'orientation des situations complexes.		30
	58	Introduire dans les critères d'agrément : <ul style="list-style-type: none"> • des indicateurs de qualité et d'efficience par type de cancer proposés par les professionnels, • des critères d'agrément transversaux portant notamment sur : <ul style="list-style-type: none"> - la maîtrise d'une démarche intégrée de gestion des risques associés aux soins, prenant également en compte les risques psychosociaux (syndrome d'épuisement professionnel des soignants) rencontrés au sein des équipes, - la définition et la mise en œuvre d'un plan de développement professionnel continu de l'ensemble des professionnels de santé impliqués dans l'accueil et le traitement de patients atteints de cancer, - l'amélioration des résultats de satisfaction en encourageant une plus grande implication des patients, une communication renforcée entre soignant et soigné ayant notamment pour objectif une meilleure observance, • des critères d'agrément spécifiques pour mieux prendre en compte la particularité de l'oncopédiatrie et la problématique de la prise en charge des adolescents et jeunes adultes, le déploiement des prises en charge innovantes, ou la prise en compte de nouvelles contraintes dans le champ du circuit du médicament, de la bioéthique ou de la radioprotection... 	
2.6	Faire évoluer le périmètre des autorisations de traitement du cancer prenant en compte les changements dans les techniques de prises en charge et l'accès à l'innovation.		30
	59	Intégrer dans le périmètre des autorisations les pratiques de traitement du cancer qui n'y sont pas soumises actuellement et dont la nature justifierait, en termes de sécurité et de qualité, que leurs conditions techniques de fonctionnement soient précisées (actes à identifier, par exemple les actes interventionnels, compétences et environnement nécessaires) ;	
	60	Encadrer les nouvelles techniques ou modalités de prise en charge, comme la chimiothérapie orale, dans le secteur des soins de ville : sécuriser cette prise en charge et mettre en place des actions de communication en matière de bon usage des chimiothérapies orales, impliquer le patient et les professionnels de premier recours dans le suivi de ces traitements en développant l'éducation thérapeutique sur ce sujet.	
	61	Intégrer les travaux de la HAS sur le lien entre volumes d'activité et sécurité des prises en charge (approche multidimensionnelle pour les activités soumises à seuils) et évaluer la pertinence de seuil par équipe ou par praticien, par localisation ou par appareil dans la prise en charge du cancer.	
	62	Analyser l'impact de cette nouvelle approche sur l'offre de soins et le maillage territorial.	

2.7	Définir et diffuser auprès des professionnels de santé et du public les pratiques cliniques de référence.		31
63	Mettre en place un dispositif national global, piloté par l'Institut national du cancer, permettant : <ul style="list-style-type: none"> • de formaliser les prises en charge standard sous forme de référentiels nationaux uniques, en incitant à des études complémentaires si les données sont insuffisantes, • de définir en particulier les protocoles de chimiothérapie de référence pour pouvoir guider les pratiques, identifier les prescriptions non justifiées au niveau national (situations non acceptables) à partir des données des OMEDIT) ou, à l'inverse, les situations hors AMM justifiant d'un encadrement particulier (exemple : RTU, essais cliniques). 		
64	Produire et diffuser en miroir une information pour les malades sur ces pratiques de référence (voir Action 7.13).		
2c	Garantir une prise en charge adaptée aux malades nécessitant un traitement complexe		32
2.8	S'assurer qu'un patient nécessitant une prise en charge complexe soit adressé vers une équipe ayant les compétences et la capacité technique adaptées. Il s'agira de définir au niveau national une gradation de l'offre de soins en oncologie permettant d'identifier le niveau de recours adapté aux prises en charge complexes, afin de mieux orienter les malades vers les équipes en capacité de les prendre en charge.		32
65	Identifier les pathologies et situations complexes, ou nécessitant un plateau technique particulier, pour lesquelles un adressage des malades vers des centres identifiés ayant un niveau adapté de compétence et d'expertise permet d'éviter tout risque de perte de chance.		
66	Développer des recommandations particulières, voire une évolution du dispositif d'encadrement réglementaire du traitement du cancer si cela est justifié.		
2.9	Définir dans chaque discipline de prise en charge ce qui relève d'un équipement de « centre de proximité » et ce qui relève d'une structure de « recours » intégrant des techniques hautement spécialisées.		33
67	Définir des centres de radiothérapie de recours au niveau national pour les techniques particulièrement complexes (protonthérapie, radiothérapie peropératoire) et structurer leur collaboration avec les centres de proximité.		
68	Identifier les équipes pratiquant des actes de chirurgie innovants (robot chirurgical...) ou de médecine interventionnelle.		
2.10	Garantir à chaque malade que la proposition thérapeutique qui lui est faite a pu s'appuyer sur l'avis d'une RCP spécialisée lorsque la situation ou la complexité de sa prise en charge le justifie.		33
69	Identifier, au plan national, des situations qui relèvent de cette organisation spécifique et déterminer le niveau pertinent de réunion de ces RCP spécialisées.		
70	Déterminer les conditions pratiques de la mise en place, de l'implantation et du fonctionnement de ces RCP spécialisées (délai de réponse, contractualisation interétablissements, mécanismes de compensation financière, garantie de l'accessibilité du patient à la prise en charge préconisée). Les établissements ultramarins pourront si nécessaire formaliser des liens avec des établissements de métropole hébergeant des RCP spécialisées.		
2.11	Renforcer les conditions de la réalisation des allogreffes de cellules souches hématopoïétiques et évaluer le dispositif au regard des besoins territoriaux et de la qualité.		33
71	Évaluer l'organisation territoriale (accessibilité par région) et l'organisation interne des services (nombre de chambres dédiées, formation des équipes, seuils d'activité) en vue d'une adaptation aux besoins.		
72	Améliorer l'efficacité du réseau de sang placentaire, pour répondre au besoin des patients adultes, selon les recommandations internationales actualisées.		
2.12	Faciliter pour chaque patient l'accès à un second avis concernant sa prise en charge et les options thérapeutiques, conformément à la loi du 4 mars 2002.		34
2d	Adapter les prises en charge des enfants, adolescents et jeunes adultes		34
2.13	Assurer aux adolescents et jeunes adultes une prise en charge tenant compte de leur spécificité et s'attachant au maintien du lien social.		34
73	Définir, sur la base des résultats de ces expérimentations, un cadre national précisant les objectifs et critères attendus pour un service prenant en charge des adolescents et jeunes adultes.		
74	Organiser au niveau de chaque région ou interrégion, en fonction du contexte local et en s'appuyant sur les points forts des organisations en place, un dispositif optimal capable de répondre aux besoins spécifiques identifiés et aux objectifs fixés nationalement.		
2.14	Harmoniser l'organisation des dispositifs de double lecture des prélèvements tumoraux entre les différents cancers rares de l'adulte et mettre en place un dispositif de double lecture des tumeurs solides malignes de l'enfant.		35
75	L'objectif de cette action est d'harmoniser les financements et organisations des dispositifs de double lecture anatomocytologique des cancers rares et des lymphomes de l'adulte dans un souci de cohérence globale de prise en charge des maladies rares, et de permettre aux enfants atteints de cancer de bénéficier d'une double lecture en cas de tumeur maligne solide.		

2.15	Identifier et labelliser des centres de référence au niveau national pour les prises en charge des enfants présentant des tumeurs rares.		35
76	La mise en place des RCP interrégionales pour la pédiatrie est encore en cours et cette organisation fera l'objet d'une évaluation et d'un éventuel ajustement. Ces RCP interrégionales ont été un levier important d'amélioration des pratiques, mais ce niveau de concertation interrégional apparaît insuffisant pour répondre à la prise en charge de cancers rares de l'enfant qui nécessitent d'avoir recours à des compétences très spécialisées. Le Plan cancer propose donc une nouvelle approche permettant de compléter le dispositif de prise en charge des enfants.		
77	Il s'agira de mettre en place une organisation nationale, reposant sur des centres de référence labellisés par l'INCa, en charge d'assurer une proposition thérapeutique adaptée et l'orientation des enfants concernés vers des équipes spécialisées dans des situations particulières ou complexes identifiées au plan national (cancers très rares de l'enfant ou indication de recours à des techniques très spécialisées comme la protonthérapie).		
2e	Répondre aux besoins spécifiques des personnes âgées		36
2.16	Améliorer la prise en charge des personnes âgées atteintes de cancer et la prise en compte de leurs besoins spécifiques, notamment en s'appuyant sur une recherche clinique renforcée pour cette population.		36
78	Évaluer et ajuster le cas échéant le dispositif des UCOG afin de modifier effectivement les pratiques de prise en charge des personnes âgées atteintes de cancer, et de répondre aux spécificités des traitements.		
79	Structurer la recherche clinique en oncogériatrie en s'appuyant sur ce dispositif organisationnel.		
2.17	Inclure une formation en gériatrie dans le DES d'oncologie et dans la formation de cancérologie.		36
2.18	Intégrer dans les travaux du CORETAH une réflexion sur les conditions d'administration des médicaments anticancéreux pour les patients âgés en EHPAD afin d'assurer la continuité des traitements du cancer (voir Actions 17.5 et 17.7		36
2f	Améliorer la coordination ville-hôpital et les échanges d'informations entre professionnels		37
2.19	Généraliser le dossier communicant de cancérologie (DCC) et mobiliser les outils de communication numérique au service de la coordination ville-hôpital.		37
80	Déployer le DCC conformément au cadre donné par l'INCa et le ministère des Affaires sociales et de la Santé (DSSIS) à horizon 2015, sous le pilotage des ARS et avec l'appui de l'ASIP Santé.		
81	Faire du DCC un outil d'observation des cancers et d'évaluation des pratiques.		
82	Déployer le dossier médical personnel (DMP) et les messageries sécurisées en santé sur l'ensemble du territoire.		
83	Soutenir les expériences d'ouverture sécurisée des systèmes d'information communicants permettant aux médecins traitants d'accéder aux dossiers médicaux hospitaliers et aux pharmaciens d'officine d'accéder aux données des pharmacies hospitalières.		
2.20	Faire évoluer les programmes personnalisés de soins (PPS) et de l'après-cancer (PPAC), intégrés à terme dans le DCC, vers des outils opérationnels de déclinaison de la prise en charge et d'interface ville-hôpital.		38
84	Faire évoluer les contenus du PPS et du PPAC pour qu'ils prennent mieux en compte l'ensemble des besoins des patients et en faire des supports opérationnels d'interface avec les professionnels de premier recours - Expérimenter un carnet de suivi partagé avec le patient.		
85	Définir au niveau de chaque établissement autorisé en cancérologie une politique active de diffusion, par exemple via le DMP, des outils du parcours (PPS/PPAC) au patient et, avec son accord, aux professionnels impliqués dans son suivi à domicile (médecin traitant, réseaux territoriaux, HAD, infirmiers libéraux, pharmaciens).		
86	Donner la possibilité à l'équipe de premier recours de contribuer à la constitution de ces documents (connaissance des traitements antérieurs et de l'environnement psychosocial).		
87	Mettre en cohérence le PPS spécifique à la cancérologie et les travaux de la HAS sur les programmes personnalisés de soins et faire bénéficier le champ du cancer des financements expérimentaux consacrés à l'investissement des professionnels libéraux dans cette démarche.		
2.21	Développer la télémédecine notamment pour les départements d'outre-mer dans le cadre de la Stratégie nationale de santé.		38
88	Garantir les conditions de réalisation de la téléexpertise pour les cas complexes et rares dans tous les établissements autorisés.		
89	Soutenir les établissements dans le développement de la télésurveillance médicale (interprétation à distance des paramètres médicaux notamment avant les cures de chimiothérapies et au cours de la surveillance).		
90	Développer la téléconsultation (assistée ou non par un professionnel de santé) pour les patients habitant à distance et la détection précoce des effets secondaires des chimiothérapies (notamment ciblées).		

2.22	Mettre à disposition des professionnels de premiers recours des outils de bonnes pratiques pour l'organisation des parcours de soins en ambulatoire.	38
91	Produire des supports d'information sur la prise en charge clinique par type de cancer s'inscrivant dans une logique de parcours et tenant compte des moments clés de l'articulation ville-hôpital (bilan initial, prise en charge thérapeutique, suivi).	
92	Améliorer la diffusion nationale de ces supports et leur appropriation par les médecins traitants (mise en place d'outils interactifs ou intégration dans les logiciels métiers).	

Objectif 3 :

Accompagner les évolutions technologiques et thérapeutiques

S. Obj.	Action	Mesure	Libellé	A.	Page
3a	Sécuriser l'utilisation des chimiothérapies orales				39
3.1	Définir les bonnes pratiques d'utilisation des chimiothérapies orales pour accompagner les professionnels en ville et à l'hôpital.				39
	93		Produire et diffuser des référentiels nationaux de stratégie thérapeutique à destination des équipes spécialisées incluant la définition de la place des chimiothérapies orales (voir Action 2.7).		
	94		Définir des guides nationaux précisant les modalités d'utilisation des chimiothérapies orales, les conditions de prévention et de gestion des toxicités afférentes à ces médicaments sur la base des travaux déjà initiés en région par les OMEDIT et RRC.		
	95		Au regard des effets secondaires des nouvelles molécules et de leur prix, renforcer l'encadrement du bon usage des médicaments en ville.		
3.2	Adapter les organisations à l'essor des chimiothérapies orales.				40
	96		Expérimenter des modalités organisationnelles de prise en charge des patients sous chimiothérapie orale s'appuyant sur différents acteurs de santé en ville et à l'hôpital, dans un appel à projets dédié (ou dans le cadre du PREPS Cancer) comprenant une évaluation médico-économique des différents modèles organisationnels.		
	97		Étudier différentes modalités de financement des centres autorisés pour cette activité de prescription de chimiothérapie orale et de suivi à distance des patients en articulation avec la ville ; par exemple une forfaitisation ou une valorisation de la consultation de prescription d'une chimiothérapie orale. Cette réflexion doit être inscrite au programme du CORETAH.		
3.3	Impliquer le patient en développant l'éducation thérapeutique en cancérologie.				40
	98		Promouvoir le développement de programmes d'éducation thérapeutique des patients (axés sur l'information, l'observance, la gestion des effets indésirables) associant les équipes hospitalières et les professionnels de santé de premier recours (médecin, pharmacien, infirmier), notamment par des programmes de formation en e-learning.		
	99		Développer une information pour les patients en miroir des guides nationaux sur les chimiothérapies orales (voir Action 3.1) en particulier sur la prévention et la gestion des effets secondaires pour améliorer la qualité de vie, l'observance et la sécurité des traitements.		
3.4	Définir les conditions de sécurité et de qualité de délivrance et d'administration des anticancéreux à domicile.				40
	100		Réfléchir aux modalités de délivrance initiale d'une chimiothérapie orale pour mieux la sécuriser en examinant notamment l'hypothèse d'une délivrance initiale hospitalière.		
3b	Développer la chirurgie ambulatoire en cancérologie				41
3.5	Préciser, en lien avec les professionnels et sur la base de données de la littérature, les actes de chirurgie oncologique pouvant être réalisés en ambulatoire.				41
3.6	Pour les actes de chirurgie en ambulatoire ayant démontré leur bénéfice pour les patients et leur faisabilité, les inscrire dans la politique d'incitation tarifaire ou de contractualisation et mettre en place des indicateurs de qualité et de sécurité des soins.				41
3.7	Soutenir la réorganisation des services pour le développement de la chirurgie ambulatoire avec une phase d'expérimentations et d'aide à la conduite du changement dans des sites pilotes dans un premier temps.				41
	101		Mettre en place un appel à projets dédié visant à soutenir et accompagner les équipes développant la chirurgie ambulatoire du cancer.		
3c	Favoriser le développement de la radiologie interventionnelle				41
3.8	Améliorer la lisibilité de l'offre en identifiant les équipes pratiquant la radiologie interventionnelle, et le repérage des actes concernés.				41
3.9	Favoriser la diffusion et l'évaluation des techniques par les établissements pilotes.				41
3.10	Identifier et mener les évolutions nécessaires du dispositif réglementaire et tarifaire pour soutenir le développement de la radiologie interventionnelle.				41

3d	Assurer à chacun l'accès à la technique de radiothérapie la plus adaptée		42
3.11	Garantir une offre adaptée en équipements de radiothérapie sur le territoire et en améliorer la lisibilité afin de faciliter les orientations adéquates des patients et réduire les délais d'accès.		42
	102	Identifier les indications en lien avec les professionnels relevant d'équipements de radiothérapie particuliers.	
	103	Sécuriser et accompagner le déploiement des équipements de radiothérapie de haute précision, au fur et à mesure de la formation des professionnels à cette technique et de la mise en place de démarches qualité qui devront faire l'objet de recommandations au niveau national : accélérer le déploiement de la RCMi accompagnée de l'IGRT.	
3.12	Harmoniser et rapprocher le système de codage des actes de radiothérapie dans les secteurs publics et privés, afin de pouvoir piloter une politique nationale en matière de radioth		42
3.13	Expérimenter la mise en place de forfaits pour les traitements de radiothérapie prenant en compte le nombre de séances, mais aussi d'autres critères pour inciter les établissements		42
3.14	Evaluer globalement la démarche de qualité/analyse de risque, mise en place et soutenue dans le cadre du Plan Cancer 2009-2013, et inciter les équipes à s'inscrire dans une dém		42
3.15	Organiser un maillage territorial adapté pour les équipements de haute technicité en s'appuyant sur des recommandations sur leurs indications.		42
3.16	Réguler au niveau national l'offre en équipement lourd, particulièrement coûteux (exemple : protonthérapie).		42
Objectif 4 :			
Faire évoluer les formations et les métiers de la cancérologie			
<i>S. Obj.</i>	<i>Action</i>	<i>Mesure</i>	<i>Libellé</i>
			<i>A. Page</i>
4a	Créer et reconnaître de nouveaux métiers		43
4.1	Créer le métier d'infirmier clinicien et le déployer prioritairement dans le champ de la cancérologie.		43
	104	Définir un nouveau profil professionnel coopérant avec le médecin traitant, avec l'équipe référente et avec les autres professionnels de santé, hospitaliers ou de proximité.	
	105	Asseoir ce nouveau métier sur une formation universitaire de niveau master adaptée aux compétences requises, définir le cadre de cette formation ainsi que le flux de professionnels à former.	
	106	Définir les modalités de reconnaissance de ces nouvelles fonctions.	
4.2	Reconnaître pleinement la profession de radiophysicien en tant que profession de santé en prenant des mesures d'ordre réglementaire dans le code de la santé publique.		44
	107	Clarifier, dès 2014, le positionnement de cette profession au sein du code de la santé publique.	
	108	Élaborer, dans un deuxième temps, un référentiel d'activités/compétences et adapter le référentiel de formation.	
4.3	Reconnaître la profession de dosimétriste en tant que profession de santé.		44
	109	Effectuer, dès 2014, un bilan de la démographie actuelle de la profession, et rédiger une fiche métier afin que la profession figure au répertoire des métiers de la fonction publique hospitalière.	
	110	Élaborer, dans un deuxième temps, un référentiel d'activités/compétences puis le référentiel de formation aboutissant à un diplôme qui reste à déterminer, afin de proposer un parcours professionnel de spécialisation pour les manipulateurs d'électroradiologie. La structure de formation à privilégier devra être identifiée.	
4b	Adapter les formations des professionnels aux évolutions de la cancérologie		45
4.4	Améliorer la formation des médecins cancérologues.		45
	111	Mettre en place un référentiel national de formation pour le Diplôme d'Études Spécialisées (DES) d'oncologie assurant une progressivité de la formation (trois étapes : la période socle, le corps de la formation et la période de mise en responsabilité) avec une évaluation à chaque étape des compétences acquises. Cette formation devra inclure les compétences transversales comme la communication avec le malade et son entourage, la communication avec les autres professionnels de santé (y compris le médecin généraliste), la prévention des risques psychosociaux des équipes soignantes et leur repérage, les soins palliatifs et la prise en charge de la douleur. Elle devra également inclure une formation en gériatrie théorique et pratique. Enfin, elle prendra en compte l'évolution des pratiques (notamment prescription basée sur des caractéristiques biologiques, encadrement des chimiothérapies orales).	

112	Définir par arrêté un référentiel national de Formation Spécialisée Transversale en cancérologie. Il sera défini conjointement par les enseignants en oncologie et en spécialités d'organes. Il s'agit de maintenir la qualité de la formation en cancérologie des spécialistes médicaux et chirurgicaux en intégrant mieux cette formation transversale au sein des DES de spécialité. Cette intégration se fera sous la forme d'options. La validation de cette formation au sein de chaque DES permettra, dans le cadre d'une option cancérologie, d'accéder à la primo-prescription en chimiothérapie.	
113	Le déploiement des formations restructurées est prévu à la rentrée universitaire 2016.	
4.5	Garantir la qualité des formations initiales et continues en cancérologie.	45
114	Dans le cadre des refontes de diplômes de troisième cycle, conserver quelles que soient les voies d'accès, un haut niveau d'exigence pour assurer un exercice sécurisé et de qualité de la cancérologie ; identifier parmi les critères existants dans les différentes procédures de qualification, des critères communs en mobilisant tous les acteurs de ces différentes voies (Université, CNOM et ministères).	
115	Mettre en place des formations continues, notamment dans le cadre du développement professionnel continu (DPC), à destination des équipes pluriprofessionnelles concernant les nouvelles modalités de traitements.	
4.6	Améliorer la formation des professionnels de l'anatomocytopathologie.	46
116	Introduire, au sein du DES d'anatomocytopathologie (ACP), une formation théorique et pratique (stage de six mois sur une plateforme de biologie/génétique moléculaire) en biologie moléculaire sous la coresponsabilité de biologistes moléculaires ou de généticiens et du responsable du DES. Assurer la qualité de la formation au sein du DES d'ACP en veillant que les stages en ACP prévus dans la maquette du DES soient réalisés.	
117	Introduire dans le cadre de la formation des techniciens de laboratoire un module de formation aux examens anatomocytopathologiques. Cette formation devra comprendre une formation théorique dispensée par des médecins ACP et un stage au sein d'un service ACP. Le module devra être reconnu comme un parcours spécifique au sein de la formation de technicien de laboratoire et donner lieu à une reconnaissance. La reconnaissance d'un parcours spécifique au sein d'une formation aboutissant à un diplôme permettant l'exercice d'une profession de santé qui n'existe pas aujourd'hui serait mise en place de façon expérimentale pour ce module.	
4.7	Pour réduire les inégalités territoriales, éclairer les décisions publiques dans l'ouverture de postes en cancérologie par un échange annuel entre les ARS, la conférence des présidents d'université, les ministères de la santé et recherche et l'INCa en s'appuyant notamment sur l'analyse de la démographie médicale réalisée par l'INCa et l'ONDPS.	46

Objectif 5 :

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

S. Obj.	Action	Mesure	Libellé	A.	Page
5a	Faire évoluer la recherche clinique et translationnelle en cancérologie				45
5.1	Optimiser l'organisation de la recherche translationnelle en associant les financements institutionnels (DGOS/ITMO Cancer/ INCa via le budget de l'ANR) dans des appels à projets uniques de l'INCa.				48
118			Initier dans ce cadre un programme pluriannuel d'actions intégrées de recherche et d'intervention sur la problématique des cancers liés au tabac dont les résultats concourront notamment à l'élaboration des politiques publiques de prévention (ex : composantes de la dépendance, recherche intervention auprès des populations précaires et des jeunes, recherche sur les cancers graves liés au tabac, évaluation de la toxicité de la cigarette électronique et de son intérêt dans le sevrage).		
5.2	Inclure 50.000 patients par an dans des essais thérapeutiques en 2019.				48
119			S'appuyer sur la dynamique des groupes coopérateurs en cancérologie.		
120			Mettre à la disposition des patients et du public les registres des essais cliniques et rendre plus accessibles les essais en cours pour les cliniciens.		
121			Inclure dans les coûts de la recherche, le transport et l'hébergement, en particulier pour les enfants et leurs accompagnants, afin de lever cette barrière d'accès aux essais thérapeutiques.		
122			Ouvrir des centres investigateurs dans les DOM et renforcer les moyens des équipes mobiles de recherche clinique (EMRC).		
123			Favoriser, pour les promoteurs académiques ou industriels, un mode de contractualisation simplifié avec les établissements de soins pour une meilleure attractivité de la recherche clinique française, via une convention unique et une harmonisation des conventions entre établissements publics et privés, tel que cela est prévu dans le cadre du Comité stratégique de la filière industries et technologies de santé (CSF).		
5.3	Poursuivre l'effort de développement de centres d'essais précoces (CLIP) pour une meilleure couverture territoriale et favoriser la création de centres dédiés aux enfants.				49

5.4	Associer les patients et leurs représentants aux essais cliniques et dans le parcours permettant l'accès à ces recherches.		49
	124	Informier mieux les patients et les associations de patients des recherches en cours et à venir, les impliquer davantage dans leur élaboration et les aider à y participer.	
	125	Partager systématiquement avec les différents publics, notamment les personnes ayant participé aux essais, les résultats de la recherche clinique.	
5b	Promouvoir une politique globale du médicament en cancérologie		49
5.5	Définir des priorités en matière de développement des médicaments anticancéreux.		50
	126	Définir de manière plus explicite et transparente des indications/situations cliniques devant faire l'objet de développement prioritaire en oncologie en tenant compte des besoins médicaux les moins bien couverts, notamment en cancérologie pédiatrique. Cette nouvelle initiative doit être menée par l'Agence nationale de sécurité du médicament (ANSM) et l'INCa et portée au niveau de l'Agence européenne du médicament.	
5.6	Adapter les essais cliniques aux évolutions conceptuelles induites par l'arrivée des thérapies ciblées.		50
	127	Développer des essais impliquant peu de malades, mais reposant sur des hypothèses biologiques fortes, et intégrant des critères de substitution (« surrogate maker ») ; des essais adaptatifs pour les phases précoces ; des essais incluant des malades atteints de tumeurs touchant différents organes, mais partageant les mêmes mécanismes physiopathologiques pour rendre possibles des AMM transpathologies (du type du programme AcSé) ; des essais évaluant des associations de médicaments innovants provenant si nécessaire de plusieurs laboratoires.	
5.7	Faire évoluer les dispositifs d'évaluation des médicaments anticancéreux.		50
	128	Mener une réflexion nationale visant à faire évoluer les critères d'évaluation et de jugement du caractère innovant d'une molécule et de sa valeur ajoutée, pour réduire potentiellement la durée de développement du médicament et accélérer l'accès des patients aux réelles innovations. Travailler à la définition de ces critères par pathologie. Porter ensuite cette réflexion à un niveau européen.	
	129	Favoriser des AMM conditionnelles (« adaptative licencing ») pour gagner en réactivité.	
	130	Demander, en parallèle, à l'ANSM de prioriser le suivi du rapport bénéfice/risque de ces molécules dès la mise sur le marché (AMM).	
	131	Assurer la cohérence entre les dispositifs d'évaluation de la valeur ajoutée thérapeutique et médico-économique des médicaments innovants.	
5.8	Faire évoluer les dispositifs de valorisation des médicaments anticancéreux.		50
	132	Examiner différentes modalités d'incitation au développement des médicaments anticancéreux dans les domaines définis comme prioritaires (besoins médicaux mal couverts, voir Action 5.5) telles la protection brevetaire allongée ou la prise en compte dans la fixation du prix des traitements prioritaires.	
	133	Réévaluer annuellement ou à l'occasion de campagnes programmées le prix des médicaments anticancéreux onéreux compte tenu de la modification fréquente des stratégies thérapeutiques, en cohérence avec les engagements portés par le Comité stratégique de la filière Industries et technologies de santé, de visibilité sur les processus d'inscription et de radiation de la liste en sus.	
	134	Évaluer l'intérêt en matière de renégociation des prix des nouvelles approches réglementaires d'adaptation de l'autorisation (AMM conditionnelle, « adaptative licencing »), pour les nouvelles thérapies, notamment ciblées.	
	135	Renforcer ou redéfinir au niveau national les dispositifs permettant de suivre les prescriptions des médicaments anticancéreux en ville et à l'hôpital pour s'assurer de la pertinence des prescriptions (essentiellement définies par l'AMM et/ou les référentiels temporaires d'utilisation (RTU)), et pour pouvoir renégocier les prix au regard de la population cible.	
5.9	Anticiper l'impact économique de l'innovation pour garantir son accès à tous dans la durée.		51
	136	Modéliser l'impact médico-économique d'une forfaitisation des lignes de traitements ou du paiement à la performance en vie réelle.	
5.10	Lutter contre les inégalités d'accès aux médicaments et les pertes de chance.		51
	137	Évaluer, adapter et étendre les dispositifs de mise à disposition précoce des médicaments innovants (essais cliniques d'« expanded access », ATU de cohorte, RTU) afin de faire de la France un pays pilote en termes d'accès précoce à l'innovation. Faire évoluer si nécessaire les dispositifs existants afin qu'ils répondent mieux aux besoins des patients.	
	138	Intégrer dans les réflexions sur les évolutions de la liste en sus la problématique des écarts de prise en charge financière entre ville et hôpital, notamment pour les chimiothérapies orales.	
	139	Étudier des solutions similaires à celle mise en place pour l'hospitalisation à domicile concernant le financement des molécules onéreuses dans les établissements de soins de suite et de réadaptation, les unités de soins de longue durée, les maisons de retraite et les maisons d'accueil spécialisées pour garantir la continuité des parcours de soins.	

5c	Créer les conditions d'une diffusion rapide de l'innovation technologique		52
5.11	Clarifier le processus de repérage et d'évaluation des innovations technologiques et des évolutions organisationnelles qu'elles engendrent.		52
	140	Organiser une veille nationale et internationale (DGOS-DGRI-INCa et sociétés savantes) sur les innovations dans le champ du cancer, en articulation avec les initiatives initiées au-delà du seul champ de la cancérologie.	
	141	Informers de façon plus explicite les intergroupes coopérateurs et les professionnels des dispositifs existants d'expérimentation et d'évaluation médico-économique des technologies ou des organisations innovantes : appels à projets (INCa – DGOS (PHRC, PRME) ou forfait innovation.	
	142	Créer un Programme de recherche sur la performance du système des soins « cancer » organisé par l'INCa en lien avec la DGOS pour faire face aux évolutions régulières des prises en charge en cancérologie entraînant des évolutions organisationnelles. La prise en compte de résultats négatifs d'études peut permettre d'identifier des technologies de santé en voie d'obsolescence pour lesquelles une restriction d'indication, une diminution des tarifs, voire un déremboursement peuvent être envisagés pour dégager des marges de manœuvre pour financer de réelles innovations.	
5.12	Accélérer le processus de tarification des actes et traitements innovants pour un accès plus rapide.		52
	143	Faciliter la mise en place opérationnelle de l'article 42 du PLFSS 2014 prévoyant une inscription/tarification en 180 jours par l'Assurance maladie pour les actes associés à des dispositifs médicaux innovants après leur évaluation positive par la HAS.	
	144	Mettre en place dans le cadre du CORETAH une approche dédiée à la cancérologie en lien avec l'INCa.	
	145	Expérimenter des modalités de financement dérogatoires au financement à l'activité. Le financement à l'activité peut, par exemple, freiner la diffusion d'une innovation susceptible de réduire le nombre d'actes ou de séjours, favorisant ainsi de mauvaises pratiques. Il convient donc de pouvoir expérimenter d'autres modes de financement (voir l'expérimentation de la tarification forfaitaire pour la radiothérapie prévue dans le PLFSS 2014).	
5.13	Accompagner les projets de valorisation des innovations technologiques en imagerie, chirurgie et robotique, et dans les nouvelles sources biophysiques, conformément au contrat de la filière industries et technologies de santé.		53

Objectif 6 :

Conforter l'avance de la France dans la médecine personnalisée

S. Obj.	Action	Mesure	Libellé	A.	Page
6a	Permettre un accès large au diagnostic individualisé				55
6.1	Faire évoluer le dispositif d'oncogénétique et améliorer son accès.				55
	146		Améliorer le maillage territorial des consultations d'oncogénétique afin de développer des consultations de proximité et faciliter l'accès de tous à ce dispositif.		
	147		Remédier au déficit d'accès au dispositif d'oncogénétique pour les personnes prédisposées aux cancers digestifs (syndrome de Lynch en particulier).		
	148		Être en mesure d'implémenter dans le dispositif d'oncogénétique : <ul style="list-style-type: none"> • des tests génétiques recherchant de nouveaux gènes de prédisposition dès que leur utilité clinique est avérée ; • les avancées technologiques comme le séquençage de nouvelle génération en vérifiant qu'elles participent à une réduction des délais de rendu de résultats, notamment pour certains cancers pédiatriques ; • l'arrivée de traitements spécifiques pour les patients porteurs de mutations. L'exemple actuel est celui des inhibiteurs d'enzymes de réparation de l'ADN (inhibiteurs de PARP), utiles dans les cancers du sein et de l'ovaire pour les patientes porteuses de mutations BRCA1/2. La diffusion de ces traitements va nécessiter une adaptation du dispositif d'oncogénétique pour une plus grande réactivité et un rendu de résultat plus rapide. 		
6.2	Conforter l'accès aux tests moléculaires.				55
	149		Accélérer l'inscription à la nomenclature de tests standards (gène par gène), actuellement trop lente, permettant ainsi de réallouer les financements existants à l'utilisation de nouveaux biomarqueurs, et aux tests plus sophistiqués décrits ci-dessus utilisant des analyses plus globales.		
	150		S'assurer avec l'aide des ARS que l'ensemble des patients sur le territoire national (incluant les DOM), ont effectivement accès aux tests moléculaires de génétique constitutionnelle et de génétique tumorale, quels que soient les praticiens et établissements qui les prennent en charge. Plus particulièrement en ce qui concerne les DOM, assurer la continuité territoriale par des partenariats avec des plateformes métropolitaines.		
	151		Inclure le développement de la pharmacogénétique dans les plateformes de génétique moléculaire.		

6b	Valider et déployer les nouvelles techniques d'analyse des tumeurs	56
6.3	Mettre en œuvre dès 2014 des essais cliniques incluant l'analyse de l'exome tumoral sur 3.000 patients atteints de cancers du sein, cancers du côlon, cancers du poumon et sarcomes pour démontrer la faisabilité à grande échelle de ces approches et leur utilité dans la prise en charge des patients.	57
6.4	Soutenir la mise en œuvre et la réalisation du séquençage à haut débit de l'ensemble des cancers à la fin du Plan.	57
152	Mettre en place dès 2014 à l'échelon national les conditions d'analyse des gènes (une centaine) pour lesquels on dispose de médicaments ciblés et développer les conditions d'aide à la décision thérapeutique. Cibler 10 000 tumeurs analysées en 2015, et 60 000 en 2018.	
153	Mettre en place, dans une deuxième phase, les conditions d'analyse complète du génome. Cibler 3.000 patients par an en 2015, de 10 à 15.000 patients en 2017 et de 50.000 patients à l'échéance du Plan.	
154	Mettre en place, pour les deux phases, des démarches partagées d'assurance qualité pour le séquençage à haut débit, l'analyse des résultats et le guidage de la décision de traitement adapté.	
6.5	Générer et comprendre les grandes données.	57
155	Labéliser les plateformes financées lors du PIA 1 pour le séquençage et l'analyse des tumeurs.	
156	Créer une plateforme nationale dédiée à la génomique et à l'analyse des données du cancer. Elle s'appuiera sur un partenariat avec le CEA (France Génomique), l'Inserm, l'Institut français de bioinformatique (IFB, réseau RENABI), le CEPH, la Ligue contre le cancer, l'Institut Curie, la Fondation Synergie Lyon Cancer, et d'autres partenaires.	
157	Organiser le stockage des données avec le partenaire approprié.	
158	Promouvoir des équipes de recherche dédiées à l'analyse des données en réseau, recruter des chercheurs et des ingénieurs en bioinformatique.	
159	Mettre en place des démarches partagées d'assurance qualité pour le séquençage à haut débit, l'analyse des résultats et de guidage de la décision de traitement adapté.	
6.4	Développer de nouveaux modèles expérimentaux pour valider les données de génomique, développer de nouveaux marqueurs dérivés de la protéomique, tester le criblage de nouveaux médicaments et valoriser ces programmes.	57
160	Valider les données de génomique par la protéomique (biomarqueurs) et par le développement de modèles expérimentaux et de modèles animaux.	
161	Développer des modèles de criblage des médicaments sur ces modèles.	
162	Développer de nouveaux biomarqueurs utiles à la prévention, au diagnostic précoce et au suivi thérapeutique.	
6.5	Développer des algorithmes d'identification des anomalies moléculaires responsables des cancers et rendre prioritaires les projets visant à développer les outils d'aide à la décision thérapeutique dans le cadre du programme de recherche sur la performance du système de soins.	57

PRÉSERVER LA CONTINUITÉ ET LA QUALITÉ DE VIE

Objectif 7 :

Assurer des prises en charge globales et personnalisées

S. Obj.	Action	Mesure	Libellé	A.	Page
7a	Fluidifier et adapter les parcours de santé			61	
7.1	Garantir aux malades une orientation adéquate dès le diagnostic de cancer.			61	
7.2	Adapter et renforcer le dispositif d'annonce.			62	
163	Redéfinir avec les différentes parties prenantes (professionnels hospitaliers et libéraux, usagers...) le contenu du dispositif d'annonce, ses différents temps (annonce du diagnostic et annonce du traitement) et ses modalités de mise en œuvre en cohérence avec l'évolution des prises en charge.				
164	Aborder, lorsque c'est pertinent, la problématique de la préservation de la fertilité dès la consultation d'annonce de la proposition thérapeutique.				
165	Sensibiliser et former les professionnels de santé libéraux et hospitaliers à l'annonce du diagnostic tout au long de leur parcours professionnel.				
166	Amplifier le suivi des populations fragiles, soit en étendant pour ces populations le rôle de l'équipe d'annonce à l'ensemble du parcours, soit en faisant intervenir d'autres personnels dédiés (infirmiers de liaison ou de coordination).				

167	Intégrer les modalités particulières de l'annonce pour les cancers pédiatriques, en termes de formation des professionnels, de supports d'information, de lieux d'annonce spécifiques, de soutien psychologique aux enfants et à leurs familles ou encore de suivi social.	
168	Adapter le dispositif d'annonce aux enfants et aux adultes porteurs d'une déficience intellectuelle, afin de favoriser leur compréhension et leur consentement éclairé aux propositions thérapeutiques.	
7.3	Permettre à chacun de disposer de programmes personnalisés de soins et de l'après-cancer prenant en compte l'ensemble de ses besoins.	62
169	Associer davantage le patient et son entourage à la proposition de prise en charge formulée dans les programmes personnalisés de soins et de l'après-cancer.	
170	Mettre en place, dès l'annonce et tout au long de la prise en charge, une détection systématique des besoins en soins de support et d'accompagnement, soutenue par le développement d'outils adaptés et par la formation/sensibilisation des soignants à la détection de ces besoins.	
171	Faire évoluer le contenu des programmes personnalisés de soins et de l'après-cancer, notamment pour intégrer les soins de support et l'accompagnement médico-social et social.	
172	Inscrire la remise du programme personnalisé de l'après-cancer comme mesure transversale de la qualité pour l'autorisation de traitement du cancer.	
7.4	Garantir au patient l'articulation entre l'hôpital et la ville à l'occasion de la consultation de fin de traitement.	63
173	Définir le contenu de la consultation de fin de traitement actif pour assurer la liaison entre l'équipe hospitalière, le patient et son entourage aidant et le médecin traitant.	
174	Formaliser cette étape par l'élaboration et la remise d'un programme personnalisé de suivi et de surveillance évolutif, destiné au patient et aux professionnels. Le programme personnalisé de l'après-cancer sera intégré à terme dans le dossier communicant de cancérologie. D'autres supports ou formats de type carnet de suivi pour les patients seront expérimentés.	
175	Inscrire ce temps fort de la continuité du parcours du patient comme mesure transversale de la qualité pour l'autorisation de traitement du cancer.	
7.5	Structurer sous la responsabilité des ARS une organisation territoriale mobilisant les acteurs sanitaires, sociaux et médico-sociaux impliqués pour assurer une prise en charge globale et coordonnée.	63
176	Clarifier les rôles respectifs de l'équipe hospitalière à l'initiative du traitement et de l'équipe de premier recours, en utilisant le dossier communicant de cancérologie comme outil d'interface.	
177	Organiser sous le pilotage de l'ARS, en lien avec le réseau régional de cancérologie, l'intervention des différents acteurs impliqués pour répondre de façon graduée à la diversité des prises en charge (réseaux de santé territoriaux, hospitalisation à domicile, prestataires de santé à domicile, professionnels de santé). Cadrer les conditions de leur articulation pour la délivrance de prestations de qualité, de façon équitable pour l'ensemble des patients sur l'ensemble du territoire et s'assurer de la lisibilité de cette organisation.	
178	Sur la base des recommandations de la HAS, charger les ARS d'un plan de montée en charge de l'hospitalisation à domicile (HAD) dans le champ du cancer pour la période 2015-2018, et organiser un maillage territorial pour répondre à un enjeu d'équité d'accès.	
179	Élargir les possibilités d'accueil dans des établissements de soins de suite et organiser la continuité de prise en charge dans les établissements et services médico-sociaux (établissements d'hébergement pour personnes âgées ; établissements et services pour enfants ou adultes en situation de handicap...). La question de la prise en charge des médicaments onéreux dans ces établissements et services doit être prise en compte à cette fin (voir le chapitre « Guérir plus de malades : prises en charge des besoins spécifiques »).	
7b	Améliorer la qualité de vie par l'accès aux soins de support	64
7.6	Structurer sous la responsabilité des ARS une organisation territoriale mobilisant les acteurs sanitaires, sociaux et médico-sociaux impliqués pour assurer une prise en charge globale et coordonnée.	64
180	Introduire dans les critères d'autorisation des exigences d'accès et de continuité des soins de support (mesure transversale de la qualité). Discuter systématiquement en RCP les besoins en matière de soins de support (et/ou en soins palliatifs) et notamment de prise en charge de la douleur et activer précocement les équipes compétentes.	
181	Demander aux centres spécialisés en oncopédiatrie de rendre compte de leur maîtrise des techniques de prise en charge de la douleur de l'enfant.	
182	Recommander la mise en place dans les services de temps de réunions de concertation, associant des personnels médicaux, paramédicaux et les équipes de soins de support, pour les situations complexes d'arrêt de traitement et de prise en charge palliative.	
183	Expérimenter au niveau régional une possibilité d'accéder à une réunion d'appui pluridisciplinaire rassemblant des professionnels de santé en cancérologie et en soins palliatifs pour les situations complexes de poursuite ou d'arrêt de traitement.	
184	Faciliter grâce aux programmes personnalisés de soins et de l'après-cancer le passage de relais et la transmission d'informations sur les besoins détectés et les prises en charge déjà effectuées, et rendre ces informations accessibles aux différents professionnels de ville impliqués (assistants sociaux, psychologues...).	
185	Organiser sous la responsabilité des ARS un maillage territorial adapté pour les prestations de soins de support (prise en charge de la douleur, diététique, soins palliatifs...), assurer la lisibilité de cette offre et mettre en place un accès coordonné hôpital/ville (voir « Fluidifier et adapter les parcours de santé »).	

7.7	Structurer sous la responsabilité des ARS une organisation territoriale mobilisant les acteurs sanitaires, sociaux et médico-sociaux impliqués pour assurer une prise en charge globale et coordonnée.	65
186	Produire des référentiels nationaux de bonnes pratiques sur les soins de support.	
187	Faciliter l'accessibilité financière aux soins de support en ville comme à l'hôpital, dans le cadre des réflexions sur l'évolution des modes de prise en charge (CORETAH, nouveaux modes de rémunération, forfaitisation...), en particulier pour l'accès aux consultations de psychologues pour les enfants atteints de cancer et leur famille.	
7.8	Apporter des solutions de garde d'enfants pendant les rendez-vous médicaux et les traitements des parents.	65
7c	Faciliter la vie à domicile ou offrir des hébergements adaptés	66
7.9	Faciliter l'accès des personnes atteintes de cancer qui en ont besoin aux aides à domicile.	66
188	Recenser les besoins actuels et prospectifs d'aides et d'accompagnement à domicile des personnes atteintes de cancer.	
189	Réaliser, sous la responsabilité des ARS, une cartographie des dispositifs d'aides à domicile dans chaque territoire.	
190	Engager une réflexion avec les financeurs actuels pour améliorer l'accès à des mesures de soutien à domicile.	
191	Étudier les conditions du développement d'accompagnateurs spécialisés (par exemple des « médiateurs en santé ») pour mieux prendre en compte les particularités culturelles ou linguistiques dans l'accompagnement social et psychologique des personnes malades et de leurs familles, en particulier dans les départements d'outre-mer.	
7.10	Mieux prendre en compte les besoins des aidants familiaux ou proches aidants.	66
192	Outiller les professionnels du médico-social et sensibiliser les professionnels de santé pour identifier les besoins des aidants, repérer et anticiper leurs difficultés notamment de santé.	
193	Étudier les modalités de réponse aux besoins de répit dans le cadre d'une approche de parcours. L'objectif est d'assurer une réponse de proximité, s'intégrant dans la palette de l'offre existante, sanitaire - y compris ambulatoire - et médico-sociale, sans constituer un niveau supplémentaire. Elle doit permettre une fluidité dans les réponses apportées aux besoins des malades et de leurs aidants, sans que cela nécessite pour autant la création de nouvelles structures. Ce travail visera aussi à mieux qualifier et quantifier ce besoin.	
7.11	Promouvoir l'accès à des solutions d'hébergement adaptées à l'évolution des prises en charge.	67
194	Expérimenter des solutions d'hébergement en accompagnement de prises en charge hospitalières, notamment pour les séquences itératives de traitement.	
195	Poursuivre le développement d'hébergement à proximité des lieux de soins pour les familles éloignées, en particulier dans les départements d'outre-mer. La mise à disposition d'une offre d'hébergement adaptée concerne notamment les enfants atteints de cancer ou leur famille.	
7.12	Ouvrir aux personnes atteintes de cancer les plus démunies l'accès à une offre élargie d'alternatives au domicile.	67
196	Permettre aux personnes atteintes de cancer d'accéder aux lits halte santé et d'accueil médicalisés destinés aux personnes sans domicile fixe atteints de cancer.	
7d	Permettre à chacun d'être acteur de sa prise en charge	68
7.13	Rendre accessible aux malades et aux proches une information adaptée.	68
197	Enrichir les contenus des supports d'information de référence et notamment la plateforme d'information santé Cancer info sur les cancers et les prises en charge, en ce qui concerne les soins de support et l'accompagnement social. Accroître encore la notoriété des outils de la plateforme Cancer info pour favoriser leur appropriation par les professionnels et les acteurs associatifs et leur mise à disposition auprès des personnes atteintes et de leurs proches.	
198	Généraliser la remise par l'équipe soignante d'un support d'information sur la prise en charge, adapté selon le type de cancer. Il pourra être délivré à la personne lors de la remise de son programme personnalisé de soins.	
199	Améliorer la communication soignant-soigné par la formation des médecins. Le référentiel national du DES d'oncologie intégrera dans les compétences génériques ou transversales la communication avec le malade et son entourage.	
200	Conforter l'apport des associations à l'amélioration de la qualité de la relation enfant/parents/professionnels et de l'information échangée, <i>via</i> des appels à projets qui porteront également sur leur contribution dans l'accompagnement des situations d'échec thérapeutique.	
7.14	Promouvoir le développement de programmes d'éducation thérapeutique des patients.	68
201	Soutenir le développement de programmes d'éducation intégrés à la stratégie thérapeutique et axés en particulier sur l'information, l'observance et la gestion des effets indésirables. Les programmes s'appuieront sur les recommandations publiées par la HAS et les aides méthodologiques coélaborées avec l'Inpes pour l'éducation thérapeutique dans le champ des maladies chroniques. Ils pourront comporter la participation de « patients ressources » (voir l'action dédiée).	
202	Renforcer la formation et la sensibilisation des professionnels de santé à l'éducation thérapeutique, à l'hôpital comme en ville (médecin, pharmacien, infirmier).	

7.15	Soutenir des expériences de « patients ressources » bénévoles et évaluer l'apport et les conditions de leur participation à l'accompagnement des personnes atteintes de cancer.	69
203	Soutenir des expériences de participation de « patients ressources » bénévoles dans l'accompagnement de personnes atteintes de cancer et dans la formation des professionnels de santé et évaluer leurs apports et les conditions de réussite (modes de recrutement, formation des bénévoles...).	
7.16	Améliorer l'information sur les essais cliniques en cancérologie.	69
204	Rendre accessibles aux malades les résultats des essais sur le registre des essais cliniques en cancérologie de l'INCa.	
205	Mettre à leur disposition des fiches d'information sur les essais, relues par les comités de patients.	

Objectif 8 :

Réduire les risques de séquelles et de second cancer

S. Obj.	Action	Mesure	Libellé	A.	Page
8a	Systématiser la prévention et la prise en charge des séquelles				70
8.1	Assurer l'accès à la préservation de la fertilité.				70
206			Systématiser l'information des patients concernés, dès la consultation d'annonce de la proposition thérapeutique, sur les risques des traitements du cancer pour leur fertilité ultérieure et sur les possibilités actuelles de préservation de la fertilité, notamment chez les enfants et les adolescents. Adaptée à la situation personnelle des patients, cette information doit être réalisée y compris lorsque le traitement de première intention n'apparaît pas d'emblée comme stérilisant. Lorsque le patient le souhaite, il devra être adressé à un spécialiste de la reproduction compétent en préservation de la fertilité.		
207			Développer de nouvelles recommandations professionnelles sur l'évaluation des risques d'altération de la fertilité, les possibilités de préserver la fertilité avant la mise en route des traitements et les techniques de préservation de la fertilité en fonction des différentes situations de sexe, d'âge, de pathologie et de traitements lors des réunions de concertation pluridisciplinaire.		
208			Assurer un égal accès des patients sur le territoire aux plateformes clinicobiologiques de préservation de la fertilité : organisation formalisée entre les centres d'assistance médicale à la procréation (associant un lieu d'accueil et de suivi, de consultations pluridisciplinaires et un plateau technique de cryobiologie) et les professionnels cancérologues et spécialistes de la reproduction.		
209			Favoriser la recherche sur la prévention et la réduction des risques d'altération de la fertilité et sa restauration ; mettre en place un suivi de type cohorte pour les patients bénéficiant d'une procédure de restauration de la fertilité (après notamment conservation de tissu ovarien).		
8.2	Structurer le suivi de long terme des enfants et adolescents.				71
210			Définir au plan national l'organisation à mettre en place pour assurer un suivi de long terme des patients, en intégrant les spécificités des enfants et adolescents.		
211			Évaluer l'impact psychosocial et médico-économique de la maladie après guérison des enfants et adolescents atteints de cancer.		
212			Renforcer, à partir des registres existants, l'observation et le suivi des enfants et adolescents traités par thérapies ciblées pour identifier les complications à long terme et pouvoir, à terme, les anticiper.		
213			Identifier les prédispositions génétiques aux complications toxiques à long terme.		
8.3	Améliorer la prise en compte des séquelles physiques des traitements des cancers.				72
214			Réaliser une enquête observationnelle de suivi à partir de différentes sources : cohorte cancer (SNIIR-AM), registres, dossiers médicaux. Elle s'appuiera notamment sur les résultats de l'enquête VICAN 2 et des travaux internationaux.		
215			Développer des outils de communication et de sensibilisation pour les professionnels de santé, ainsi que des supports d'information pour les patients.		
216			Soutenir des actions de recherche clinique afin d'améliorer la connaissance des mécanismes et/ou des circonstances qui sous-tendent le développement de lésions séquellaires après traitement du cancer (voir le chapitre « Guérir plus de personnes malades : recherche clinique »).		
8b	Généraliser une démarche de prévention après un diagnostic de cancer				72
8.4	Systématiser l'accompagnement au sevrage tabagique des malades atteints de cancer.				72
217			Augmenter le montant du forfait d'aide à l'arrêt du tabac pour l'ensemble des patients atteints de cancer (tripler le montant pris en charge de 50 à 150 euros).		

218	Systematiser la prise en compte du statut tabagique du patient lors de la réunion de concertation pluridisciplinaire (RCP) et son suivi dans le dossier du patient (dossier communicant de cancérologie : DCC).	
219	Intégrer l'arrêt du tabac dans les recommandations de traitement de tous les cancers et inscrire l'organisation d'un accompagnement au sevrage tabagique dans les critères d'autorisation à la prise en charge du cancer.	
220	Sensibiliser les professionnels de santé et les patients aux bénéfices de l'arrêt du tabac dès le diagnostic de cancer et sur le long terme et donner des repères pratiques sur l'accompagnement au sevrage dans le parcours de soins.	
221	Mener une action spécifique de prévention à l'initiation tabagique auprès des adolescents et les jeunes adultes ayant eu un cancer pédiatrique.	
8.5	Mieux prendre en considération la consommation d'alcool des patients atteints de cancer et informer sur ses dangers.	73
222	Systematiser la prise en compte de la consommation d'alcool du patient lors de la réunion de concertation pluridisciplinaire (RCP) et son suivi dans le dossier du patient (dossier communicant de cancérologie : DCC).	
223	Inscrire la limitation de la consommation d'alcool dans les recommandations de prise en charge de tous les cancers. Inclure un objectif sur la réduction des consommations d'alcool dans l'accompagnement nutritionnel des patients. S'assurer d'une mobilisation des services d'addictologie, notamment pour les fortes consommations.	
224	Mieux informer les professionnels de santé et les patients sur le lien entre alcool et cancer et sur l'intérêt de la réduction de la consommation d'alcool dès le diagnostic.	
8.6	Promouvoir chez les patients de cancer l'activité physique et les comportements nutritionnels adaptés.	74
225	Systematiser la prise en charge de la surcharge pondérale, la prévention d'une prise de poids pendant le traitement et la prévention de la sédentarité avec augmentation du niveau d'activité physique. Définir les modalités de l'intégration de l'activité physique adaptée dans le parcours des malades atteints de cancer.	
226	Identifier et rendre accessible l'offre d'activité physique ou sportive adaptée aux personnes atteintes de cancer, notamment en dehors des établissements de santé.	
227	Sensibiliser les professionnels de santé et les patients au danger des comportements sédentaires et à l'intérêt de renforcer ou de maintenir une activité physique après un diagnostic de cancer.	
8.7	Promouvoir chez les patients de cancer l'activité physique et les comportements nutritionnels adaptés.	74
228	Mieux documenter la prévalence des principaux facteurs comportementaux après diagnostic de cancer (tabac, alcool, sédentarité, surpoids...) et leur impact sur l'état de santé des patients à distance du diagnostic concernant le recours aux soins, les comorbidités, les seconds cancers et les récidives.	
229	Analyser les freins chez les patients et les professionnels de santé aux conduites de prévention ou à leur accompagnement (tabagisme, alcoolisme...) après diagnostic de cancer.	

Objectif 9 :

Diminuer l'impact du cancer sur la vie personnelle

S. Obj.	Action	Mesure	Libellé	A.	Page
9a	Permettre la poursuite de la scolarité et des études				75
9.1	Améliorer l'accès aux aménagements pour le maintien de la scolarisation.				75
230	Améliorer l'information des familles sur les dispositifs mobilisables pour le maintien de la scolarisation en cas de maladie ou d'accident. Afin d'assurer la plus large information possible et éviter toute stigmatisation, ces éléments seront remis à l'occasion de la diffusion d'autres documents afférents au fonctionnement de l'établissement par l'école. Ils devront comprendre les diverses possibilités d'adaptation de la scolarité en amont de toute situation de trouble de santé (PAI, APAD, CNED, projet personnalisé de scolarisation, aménagement d'examen, accompagnement lors du cursus universitaire, etc.).				
231	Permettre aux élèves atteints de cancer ne pouvant fréquenter un établissement d'enseignement de poursuivre leur scolarité en leur assurant l'accès à l'enseignement à distance. Étendre la gratuité de l'inscription au CNED au-delà de 16 ans.				
232	Prévoir, dans le projet d'accueil Individualisé (PAI), outre les adaptations des horaires, les conditions de maintien du lien avec l'équipe pédagogique lors des absences ponctuelles de l'élève.				
233	Expérimenter l'apport des espaces numériques de travail pour les élèves hospitalisés, notamment l'usage de tablettes numériques pour la scolarisation.				
9.2	Veiller aux besoins de compensation liés à la maladie et aux traitements des cancers de l'enfant.				76
234	Sensibiliser et former les acteurs de l'éducation nationale (enseignants, conseillers principaux d'éducation, conseillers d'orientation...) et les professionnels des MDPH aux spécificités des cancers chez l'enfant en termes d'impacts de la maladie et de besoins de compensation notamment pour faciliter la poursuite de leur parcours scolaire ou compenser des surcoûts liés à la maladie et aux traitements.				

9.3	Sécuriser le parcours des étudiants atteints de cancer dans l'enseignement supérieur.		76
	235	Informers les jeunes, leurs familles et les personnes en reprise d'étude dans le cadre d'une réorientation, des possibilités d'accompagnement par les structures handicap pour le cursus universitaire et l'insertion professionnelle. L'information sur les possibilités d'accompagnement par les structures handicap des établissements sera incluse dans les supports d'information (Cancer info ; sites internet). Cette information sera diffusée auprès des établissements d'enseignement supérieur (scolarité, équipes pédagogiques et administratives des EFU, étudiants).	
	236	Informers/sensibiliser la communauté universitaire des conséquences de ce type de pathologie sur le parcours de l'étudiant grâce à l'organisation d'un séminaire sur l'accompagnement des étudiants handicapés atteints de cancer dans le cadre des journées nationales de regroupement des missions handicap des universités.	
	237	Développer l'accès et l'utilisation des cours en ligne ouverts et gratuits (« massive open online course, MOOC ») et de la plateforme France université numérique (FUN).	
9b	Accorder une priorité au maintien et au retour dans l'emploi		77
9.4	Parfaire l'offre de solutions adaptées à chaque situation personnelle des personnes atteintes de cancer.		77
	238	Ouvrir plus largement les droits à l'aménagement du temps de travail. Un chantier sera ouvert sur les conditions de mobilisation et de modification des codes du travail et de la sécurité sociale, pour élargir l'accès au temps partiel et au congé pour les salariés malades du cancer ou les aidants familiaux, et pour assouplir les conditions du temps partiel thérapeutique et du temps partiel annualisé.	
	239	Élargir les possibilités d'aménagements de poste de travail et d'accompagnement social pour tenir compte de l'état de santé. Le rôle respectif des services d'appui au maintien dans l'emploi des travailleurs handicapés (SAMETH) et des services santé au travail sera clarifié par une concertation étroite avec les partenaires sociaux.	
	240	Accompagner vers l'emploi les personnes atteintes du cancer dont le licenciement pour inaptitude n'aura pas pu être évité. Il sera demandé à Pôle emploi d'expérimenter un accompagnement adapté des licenciés pour inaptitude comme il en existe pour les licenciés pour motif économique.	
	241	Mettre en place les nouveaux droits individuels à la formation professionnelle dès 2015. Le dispositif issu de l'Accord national interprofessionnel qui fera l'objet d'un projet de loi comporte plusieurs mesures nouvelles qui contribueront à l'objectif de maintien dans l'emploi ou de réinsertion professionnelle. Ainsi, un entretien professionnel entre l'employeur et chaque salarié devra être organisé tous les deux ans et de façon systématique après un arrêt de longue maladie. Un compte personnel de formation sera attribué à chaque personne pour faciliter l'accès à la formation à son initiative et sa mobilité professionnelle. Le conseil en évolution professionnelle sera accessible gratuitement à toute personne entrée ou entrant dans la voie active avec des dispositions spécifiques pour les personnes en situation d'inaptitude ou de handicap.	
	242	Délivrer aux personnes atteintes de cancer une information plus adaptée et individualisée. Le dispositif actuel d'information des malades et des professionnels qui les accompagnent sur les mesures mobilisables en faveur de leur insertion professionnelle et de leur maintien dans l'emploi, sera adapté et mis à disposition sur un site en 2014.	
9.5	Responsabiliser l'entreprise dans toutes ses composantes sur l'objectif de maintien dans l'emploi ou la réinsertion professionnelle.		78
	243	Organiser, à l'initiative du ministère du Travail, des rencontres avec les représentants des entreprises (organisations professionnelles ou chambres consulaires, responsables des ressources humaines) pour évaluer les contraintes pesant sur la réinsertion des salariés atteints de cancer ou de maladies chroniques, pour sensibiliser les employeurs à la lutte contre les discriminations et à la diffusion de bonnes pratiques dans ce domaine.	
	244	Mettre à la disposition des responsables d'entreprises des informations adaptées sur le site « Travailler mieux » qui renverra aux autres sites institutionnels. Il comportera des outils et des exemples de bonnes pratiques.	
	245	Confier à l'ANACT le développement expérimental d'une approche organisationnelle du maintien en activité et la capitalisation et diffusion des bonnes pratiques sur le maintien des salariés atteints de maladies chroniques dans les entreprises.	
9.6	Progresser dans la coordination territoriale des différents acteurs qui interviennent pour le maintien dans l'emploi ou son accès.		79
	246	Établir un état des lieux de l'offre de service proposée par les acteurs et développer une approche pluridisciplinaire du maintien dans l'emploi.	
	247	Expérimenter une démarche globale de coordination sur le maintien dans l'emploi et la réinsertion professionnelle des personnes vulnérables.	
	248	Une expérimentation sera réalisée dans deux ou trois régions en 2014 et pour une durée de deux ans. Cette approche réunira les acteurs de prévention qui interviennent sur les conditions de travail dans l'entreprise (services santé au travail, Carsat, Aract, Direccte, etc.) et les acteurs qui sont présents sur le champ de l'emploi et de la formation professionnelle. Elle visera à développer les liaisons entre les services compétents sur la santé au travail et la santé publique et les médecins compétents (médecins du travail, médecins généralistes, médecins-conseils de la sécurité sociale).	
	249	Décliner l'objectif de prévention de la désinsertion professionnelle dans les contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens qui seront conclus en 2014 et 2015 par les services santé au travail interentreprises, les Carsat et les Direccte à partir du diagnostic établi en commun.	
9.7	Valoriser le travail réalisé sur le maintien dans l'emploi pour le faire connaître et le développer.		79

9c	Atténuer les conséquences économiques du cancer	80
9.8	Permettre un meilleur accès aux revenus de remplacement en cas d'arrêt maladie.	80
250	Permettre aux salariés ayant exercé une activité professionnelle restreinte de bénéficier d'un meilleur accès aux indemnités journalières : assouplir les conditions d'ouverture des droits aux indemnités journalières, qui sont aujourd'hui conditionnées à un seuil de 200 heures travaillées au cours des trois mois précédant l'arrêt de travail, pour les arrêts de moins de six mois, et à un seuil de 800 heures travaillées au cours de l'année précédente pour les arrêts de plus de six mois. Cette révision des conditions d'attribution s'appliquera également aux pensions d'invalidité. Note UNHPC : concernant le seuil de 200 heures, cf. le discours du Président Hollande le 4 février 2014 : " <i>le gouvernement a décidé d'abaisser ce seuil à 150 heures dès le 1er janvier 2015, notamment pour les personnes atteintes d'un cancer.</i> "	
251	Permettre aux salariés ayant un parcours professionnel morcelé de bénéficier d'indemnités journalières : assouplir les conditions d'ouverture des droits aux indemnités journalières pour les arrêts de plus de six mois en supprimant la condition de 200 heures travaillées pendant les trois premiers mois au cours des douze mois précédant l'arrêt (décret n°2013-1260 du 27 décembre 2013).	
252	Étudier les conditions d'une évolution de l'attribution de revenus de remplacement dans la fonction publique	
9.9	Atténuer les surcoûts pour la famille liés à l'accompagnement d'un enfant malade.	80
253	Délivrer une information spécifique aux familles d'enfants atteints de cancer, dès le diagnostic et l'annonce, sur les possibilités offertes par l'AEEH, pour compenser les surcoûts et les besoins liés à la maladie et aux traitements ainsi que sur les démarches à accomplir. En parallèle, les professionnels des MDPH seront mieux sensibilisés aux spécificités des cancers chez l'enfant en termes d'impacts de la maladie et de besoins de compensation (voir « Permettre la poursuite de la scolarité et des études »).	
254	Simplifier les procédures et les conditions d'accès aux différents dispositifs d'aide proposés par les MDPH pour les adapter aux situations de perte d'autonomie temporaire observées dans le cadre d'une maladie telle que le cancer.	
9.10	Permettre un égal accès aux actes et dispositifs de reconstruction après un cancer.	81
255	Inscrire de nouvelles techniques reconnues de reconstruction mammaire à la nomenclature des actes : deux techniques seront inscrites en 2014, celle de la reconstruction par lambeaux et celle de la symétrisation mammaire.	
256	Revaloriser les actes liés à la reconstruction mammaire : les tarifs de six actes liés à la reconstruction mammaire vont être augmentés dès 2014.	
257	Favoriser dans les régions peu couvertes l'augmentation de l'offre de reconstruction mammaire sans dépassement d'honoraires. Le Plan doit permettre, d'ici 2020, à toutes les ARS d'organiser un accès à une offre à tarif opposable dans le champ de la reconstruction mammaire.	
9.11	Accroître la prise en charge des prothèses externes (capillaires et mammaires).	81
258	Doubler le tarif de remboursement par l'Assurance maladie obligatoire des prothèses capillaires.	
259	Réduire le reste à charge supporté par les malades pour les prothèses mammaires externes. Leur inscription par le CEPS en « nom de marque » (c'est-à-dire identifiant chaque prothèse par une description technique, un code d'identification et un nom de marque ad hoc au lieu d'un tarif unique pour l'ensemble d'entre elles), devrait permettre d'adapter le tarif de chaque prothèse et d'appliquer à ces produits un prix limite de vente proportionnel à leur qualité.	
9.12	Objectiver les restes à charge des personnes atteintes de cancer.	82
260	Mobiliser l'observatoire sur les pratiques tarifaires, mis en place par l'avenant n°8 à la convention médicale, pour analyser les dépassements d'honoraires dans le champ du cancer. L'avenant n°8 à la convention médicale vise à sanctionner les dépassements abusifs, à élargir la prise en charge à tarif opposable aux bénéficiaires de l'aide à la complémentaire santé et à réduire les restes à charge dans le cadre du contrat d'accès aux soins. L'information sur les médecins ayant signé un contrat d'accès aux soins et sur les tarifs pratiqués par chacun sera disponible pour tous les assurés sur le site Ameli.fr. L'observatoire permettra à l'État, en lien avec les partenaires conventionnels, d'évaluer l'enjeu éventuel de mesures complémentaires permettant de garantir aux patients la réduction de leur reste à charge.	
261	Soutenir des études économétriques sur les restes à charge des personnes atteintes de cancer.	
9d	Améliorer l'accès aux assurances et au crédit	82
9.13	Instaurer un « droit à l'oubli ».	82
262	Étudier entre les différentes parties à la convention AERAS, les conditions permettant, dans l'année 2015, l'instauration d'un « droit à l'oubli », c'est-à-dire un délai au-delà duquel les demandeurs d'assurance ayant eu un antécédent de cancer n'auront plus à le déclarer. Ceci concerne en priorité les cancers pédiatriques et avant la fin de l'année 2015 les autres cancers. L'INCa proposera les cancers auxquels la convention devra appliquer cette mesure, sur la base des délais de récurrences, des probabilités de survie avec ou sans incapacité et de guérison. À défaut de règlement dans un cadre conventionnel avant la fin de l'année 2015, la mise en œuvre de ces dispositions sera organisée par voie législative.	

	263	Soutenir des études sur les modèles de guérison et les probabilités de survie par types de cancer afin de faire évoluer l'appréciation du risque par les assureurs.	
	264	Mettre à la disposition des assureurs les résultats des études pour faire évoluer les éléments d'appréciation du risque.	
9.14	Harmoniser les questionnaires de santé par pathologie.		83
	265	Lancer une mission pour harmoniser les questionnaires détaillés par pathologie et lever les obstacles à leur mise en œuvre.	
9.15	Clarifier le rôle des médecins traitants et développer l'accompagnement des candidats à l'emprunt pour le remplissage des questionnaires de santé		83
	266	Élaborer une charte de bonnes pratiques définissant le rôle du médecin traitant et les différents principes dans le cadre desquels ce rôle doit s'effectuer (respect du secret médical, signature du questionnaire par le candidat à l'emprunt, etc.). L'opportunité de rémunérer ou non le médecin traitant pour le temps de travail accordé à cet accompagnement sera expertisée.	
	267	Promouvoir ces règles auprès des acteurs concernés à travers des actions d'information et de sensibilisation (médecins, organismes prêteurs et assureurs, candidats à l'emprunt ayant ou ayant eu un cancer).	
9.16	Suivre l'évolution de l'impact de la convention AERAS sur la durée du Plan.		83
	268	Apprécier la notoriété de la convention et le recours au dispositif : au travers du suivi de l'évolution du nombre de demandes de prêts présentant un risque aggravé de santé.	
	269	Apprécier l'évolution des décisions des assureurs concernant les surprimes : au travers du suivi de la tendance des niveaux de surprimes imputées aux garanties proposées par les assureurs aux demandes des candidats à l'emprunt présentant un risque aggravé de santé.	
9e	Mieux connaître le vécu des patients pendant et après un cancer		83
9.17	Conforter et coordonner les dispositifs d'observation et de recherche sur la vie pendant et après le cancer.		84
	270	Soutenir des projets de recherche en sciences humaines et sociales et en santé publique exploitant les données recueillies dans le cadre des enquêtes sur la vie deux ans après un diagnostic du cancer.	
	271	Renouveler l'enquête sur la vie deux ans après un diagnostic du cancer et l'étendre sur une durée de 5 ans afin de prendre davantage de recul par rapport au diagnostic.	
	272	Développer les études sur les conséquences du cancer pour les personnes atteintes et leurs proches (conséquences psychologiques, économiques, sociales et éthiques), notamment dans le cadre de l'Observatoire sociétal du cancer, sous l'égide de la Ligue nationale contre le cancer et des appels à projets conduits par les institutions de recherche.	
	273	Renouveler le baromètre cancer sur les comportements, les attitudes et l'opinion de la population vis-à-vis des cancers.	
9.18	Étudier les trajectoires des personnes atteintes de cancer à travers les bases de données publiques et les cohortes en population.		84
	274	Encourager et soutenir les études et les recherches sur les trajectoires des personnes atteintes, qui intègrent des données cliniques, biologiques, environnementales, comportementales et socioéconomiques.	
	275	Introduire, ponctuellement ou de façon répétée, un module « cancer » dans des enquêtes transversales répétées, des enquêtes longitudinales ou des cohortes existantes ou en cours de réalisation (Baromètre santé, enquêtes Handicap Santé, cohorte CONSTANCES, SHARE...).	
	276	Développer l'utilisation des données socioéconomiques (CNAV) et sociodémographiques (Insee, échantillon démographique permanent) qui permettent une approche fine et détaillée sur la situation familiale, la profession, le logement, le niveau d'éducation, les revenus, etc. (voir Action 15.1)).	

INVESTIR DANS LA PRÉVENTION ET LA RECHERCHE

Objectif 10 :

Lancer le programme national de réduction du tabagisme

S. Obj.	Action	Mesure	Libellé	A.	Page
10a	Eviter l'entrée dans le tabagisme, en priorité chez les jeunes				88
	277		Renforcer l'application de la loi interdisant la vente aux mineurs, en garantissant sa bonne application avec les buralistes et en luttant contre tous les modes d'approvisionnement illégaux (vente de tabac sur Internet), et de la loi concernant l'interdiction de fumer dans les lieux fréquentés par les jeunes (établissements scolaires, discothèques, bars...).		
	278		Réduire l'attractivité des produits du tabac en s'appuyant sur la nouvelle directive européenne sur les produits du tabac votée en 2014 et en s'inspirant des actions qui ont fait la preuve de leur efficacité dans d'autres pays.		

	279	Améliorer l'efficacité des mesures contre le tabagisme passif, à travers par exemple des actions de communication telles que la charte « Ville sans tabac ».		
	280	Mobiliser l'ensemble de la chaîne du système éducatif afin de sensibiliser les jeunes aux dangers du tabac et leur faire connaître les solutions d'aide à l'arrêt.		
10b	Faciliter l'arrêt du tabagisme			89
	281	Renforcer l'implication des professionnels de santé libéraux (médecins traitants, pharmaciens, infirmiers, sages-femmes) et salariés (médecins du travail, infirmières scolaires), ainsi que des établissements de santé (notamment via la charte « hôpital sans tabac ») dans la démarche d'arrêt du tabagisme.		
	282	Rationaliser l'organisation des moyens d'information et d'orientation des fumeurs qui souhaitent s'arrêter en instituant un numéro unique permettant d'être orienté vers le professionnel le plus proche pour établir son programme personnalisé d'arrêt du tabac.		
	283	Tripler le montant pris en charge du forfait de sevrage tabagique de 50 à 150 euros dans le cadre d'une action combinée entre la fixation du panier de soins des contrats solidaires et responsables et l'intervention du Fonds national de prévention, d'éducation et d'information sanitaires (FNPEIS), pour trois populations particulièrement exposées et souhaitant s'arrêter de fumer : <ul style="list-style-type: none"> • les jeunes de 20 à 30 ans ; • les bénéficiaires de la CMU-C ; • les patients atteints de cancer (voir Action 8.4). 		
10c	Faire de la politique des prix du tabac un outil au service de la santé publique			90
	284	Utiliser les hausses futures du prix de vente de l'ensemble des produits du tabac pour renforcer l'efficacité du Programme national de réduction du tabagisme.		
	285	Affecter toute augmentation des recettes perçues sur le tabac à un Fonds dédié, destiné à la recherche sur le cancer, à sa prévention et à l'amélioration de sa prise en charge. Il sera piloté par le ministre en charge de la santé et le ministre en charge de la recherche.		
10d	Mettre en œuvre une concertation nationale			90
Objectif 11 :				
Donner à chacun les moyens de réduire son risque de cancer				
<i>S. Obj.</i>	<i>Action</i>	<i>Mesure</i>	<i>Libellé</i>	<i>A. Page</i>
11a	Diminuer le nombre de cancers liés à l'alcool			91
	11.1	Améliorer le respect des mesures d'encadrement de l'offre.		91
	286	Appliquer l'interdiction de vente des boissons alcooliques aux mineurs.		
	287	Améliorer le respect des restrictions de publicité et des modalités d'avertissements sanitaires s'appliquant aux boissons alcooliques et adapter les dispositions relatives à la publicité et à la promotion des boissons alcooliques pour renforcer la protection des mineurs (publicité sur internet et réseaux sociaux).		
	11.2	Aider les personnes à l'arrêt de la consommation excessive d'alcool.		91
	288	Élaborer de nouvelles recommandations de prise en charge de l'alcool par les professionnels de santé (en particulier les médecins généralistes) concernant le repérage précoce et l'intervention brève (RPIB).		
	289	Former les professionnels de santé hospitaliers et libéraux, en particulier en cancérologie, dans les services d'urgences, en chirurgie et dans les maternités au repérage précoce d'un usage problématique d'alcool et aux interventions brèves et démarches de conseil, au cours de toute hospitalisation.		
	290	Faciliter l'orientation vers des structures spécialisées : faire connaître aux professionnels et au public l'annuaire national des consultations et lieux de prise en charge en addictologie et alcoologie et le rendre accessible depuis Alcool-info-service.		
	291	Améliorer les offres de service en ligne proposées par Alcool-info-service.		
	292	Renforcer, dès l'entrée en détention, le repérage systématique et l'accompagnement des personnes ayant une consommation abusive ou une dépendance à un produit licite ou illicite, afin de proposer une prise en charge ad hoc.		
	11.3	Améliorer les connaissances sur les liens entre alcool et cancer.		92
	293	Mieux surveiller les conséquences de morbi-mortalité liées à la consommation de boissons alcooliques et améliorer la connaissance du lien alcool et cancers : influence du moment de consommation (pendant et en dehors des repas), influence de la durée et du mode de consommation (régulière ou hebdomadaire), réversibilité des effets après sevrage, lien entre cancer et « binge drinking », etc.		

11.4	Expérimenter et conduire des actions de prévention de la consommation excessive d'alcool.		92
	294	Renforcer les actions d'information sur les risques sanitaires liés à l'alcool et sensibiliser sur le risque alcool et cancer en s'appuyant sur des campagnes médiatiques et des outils d'information plus ciblés vers les professionnels de santé et les relais institutionnels ou associatifs.	
	295	Mettre en œuvre des actions de réduction des consommations d'alcool à risque, à partir des approches ayant démontré leur efficacité en France et au niveau international.	
11b	Réduire le risque de cancer par l'alimentation et l'activité physique		92
11.5	Faciliter les choix alimentaires favorables à la santé.		92
	296	Poursuivre le travail engagé dans le cadre de la charte signée avec le Conseil supérieur de l'audiovisuel (CSA) sur la publicité télévisée et renforcer le contrôle de la publicité d'autres médias, tels qu'internet afin d'adapter les messages aux publics ciblés en fonction de la plage horaire et de la qualité nutritionnelle des aliments.	
	297	Développer des programmes et campagnes institutionnels de prévention selon un volume horaire minimal à des tarifs préférentiels ou gratuits.	
11.6	Développer l'éducation et la promotion de la nutrition et de la pratique physique.		93
	298	Développer l'éducation sur ces sujets dès la maternelle et le primaire notamment pendant le temps périscolaire dans le cadre de la réforme sur les rythmes scolaires.	
	299	Poursuivre des actions de communication nationales grand public et ciblées.	
	300	Sensibiliser et former les professionnels de la santé, de l'éducation ou du champ social dont l'activité influence l'alimentation et l'activité physique de la population.	
11.7	Faciliter pour tous et à tout âge la pratique de l'activité physique au quotidien.		93
	301	Développer l'offre de transports actifs, l'accessibilité des escaliers dans le bâti, les plans de mobilité d'entreprise.	
	302	Inscrire dans la réglementation de l'urbanisme la prise en compte des mobilités.	
	303	S'assurer que les offres d'activité physique et sportive sont accessibles à tous, particulièrement pour les publics les plus éloignés de la pratique.	
	304	Faciliter l'accès aux équipements sportifs publics (par exemple, par l'augmentation de l'amplitude des horaires).	
11c	Maîtriser le risque de cancers liés aux hépatites virales		93
11.8	Améliorer la couverture vaccinale anti-VHB en informant la population et les professionnels de santé sur le ratio bénéfice/risque de la vaccination.		94
	305	Informar la population sur le ratio bénéfice/risque de la vaccination et les professionnels de santé sur le nouveau calendrier vaccinal.	
	306	Développer des actions de vaccination sur les lieux de vie ou de prévention (milieu scolaire, milieu universitaire, foyers de travailleurs, etc.).	
	307	Faciliter pour les personnes exposées la connaissance de leur statut vis-à-vis de l'hépatite B par la mise en place d'un carnet de vaccination dématérialisé.	
11.9	Sensibiliser les professionnels de santé à l'intérêt pour leurs patients infectés par le VHB ou le VHC de contrôler leur consommation d'alcool, de tabac et leur poids afin de réduire le risque de cancer du foie.		94
	308	Informar les professionnels de santé sur les facteurs de risque du cancer primitif du foie.	
	309	Élaborer des outils d'information à remettre aux patients infectés par le VHB ou le VHC.	
11.10	Développer le dépistage des personnes exposées au risque d'hépatite B et C pour favoriser l'accès à la prise en charge.		94
	310	Favoriser l'information des professionnels de santé sur les modalités de prescription et d'interprétation des tests et sur la prise en charge thérapeutique.	
	311	Définir l'utilisation de tests rapides et fiables d'orientation diagnostique (TROD) dans une stratégie globale de dépistage et les mettre à disposition.	
	312	Développer une offre de dépistage de proximité en allant vers les personnes les plus exposées et les plus éloignées des structures de soins.	
	313	Assurer une prise en charge et un suivi en cas d'infection chronique pour détecter précocement la survenue d'une cirrhose ou d'un cancer du foie.	

11d	Eclairer les choix individuels et collectifs pour permettre d'adapter les comportements face au cancer	95
11.11	Développer l'éducation à la santé en milieu scolaire.	95
314	Intégrer l'éducation à la prévention en santé, et plus spécifiquement vis-à-vis du cancer, aux enseignements de l'école maternelle à l'université, par le biais des programmes des élèves/étudiants et des programmes de formation des enseignants, et en lien avec le chantier sur l'éducation à la santé de la Stratégie nationale de santé. Les thèmes suivants sont notamment à considérer : tabac, alcool, alimentation, activité physique, risques infectieux et vaccination (HPV), exposition aux UV, utilisation des téléphones. En ce qui concerne l'alimentation, la prévention des cancers devra s'inscrire dans le cadre plus large de l'alimentation dans toutes ses composantes y compris culturelles. Un axe spécifique est à intégrer pour la prévention des expositions aux cancérogènes professionnels lors des formations professionnelles (notamment des apprentis).	
11.12	Eclairer les choix individuels en clarifiant la hiérarchie des facteurs de risque de cancers.	95
315	Actualiser les connaissances sur les parts attribuables des différents facteurs de risque pour les cancers.	
316	Conduire et évaluer un programme d'information sur la prévention des cancers, visant notamment à donner des repères clairs sur la hiérarchie des facteurs de risque.	
11.13	Améliorer la connaissance des perceptions et des comportements vis-à-vis des facteurs de risque de cancers.	95
317	Poursuivre la réalisation d'enquêtes régulières sur les connaissances, les attitudes, le comportement, et la perception des cancers et des facteurs de risques.	
11.14	Faire de la recherche interventionnelle un véritable outil de prévention et de changement de comportements.	96
318	Soutenir la recherche sur l'articulation entre savoirs fondamentaux et leviers d'action en matière de comportements face à la santé.	
319	Recenser les interventions comportementales pilotes en prévention primaire et en évaluer l'efficacité et les conditions de transférabilité.	
320	Faciliter la coopération entre chercheurs, décideurs et acteurs de terrain, afin de formuler des questions à la recherche au service de la pratique.	
321	Soutenir par appels à projets la recherche sur des outils innovants ou ciblant des thématiques émergentes, tels que l'usage des nouvelles technologies (internet, réseaux sociaux), le « nudging », le marketing social, les cigarettes électroniques, etc.	

Objectif 12 :

Prévenir les cancers liés au travail ou à l'environnement

S. Obj.	Action	Mesure	Libellé	A.	Page
12a	Diminuer le nombre de cancers d'origine professionnelle				97
12.1	Renforcer la prévention primaire en milieu de travail pour réduire l'exposition aux agents cancérogènes (biologiques, physiques, chimiques).				97
322	Améliorer la démarche de substitution des agents cancérogènes, mutagènes ou toxiques pour la reproduction (CMR) dans les entreprises, en particulier dans les très petites, petites et moyennes entreprises.				
323	Renforcer les contrôles en entreprise concernant la réglementation relative aux CMR et la faire évoluer pour les risques émergents (rayonnements optiques artificiels, rayonnements ionisants...).				
324	Mobiliser tous les acteurs de la prévention, et notamment l'Anses, l'INRS, les caisses régionales retraite et santé au travail et les services de l'inspection du travail pour améliorer le dispositif d'ensemble en matière de substitution.				
325	Améliorer l'information des salariés, par la mobilisation notamment des caisses régionales retraite et santé au travail (CARSAT), et inscrire la prévention des cancers professionnels dans les contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens.				
326	Structurer une offre de formation à destination de l'ensemble des acteurs de la prévention, permettant d'assurer une meilleure prévention du risque cancérogène et une meilleure prise en charge des salariés exposés à un risque cancérogène, souffrant d'un cancer ou ayant repris une activité professionnelle à la suite d'un cancer.				
327	S'assurer dès 2015 que les 800 000 professionnels concernés par l'utilisation, la distribution, le conseil et la vente des produits phytopharmaceutiques détiennent le certificat individuel Certiphyto qui atteste de connaissances suffisantes pour utiliser ces produits en sécurité et réduire leur usage.				
328	Renforcer la formation à la prévention des risques de cancer en milieu professionnel au profit des jeunes, des femmes enceintes, des apprentis et des intérimaires.				
12.2	Renforcer le suivi médical des personnes exposées à des risques de cancers professionnels.				98
329	Assurer un meilleur suivi des expositions professionnelles à travers les différents supports de traçabilité individuelle et collective existants.				

	330	Élaborer des recommandations de bonnes pratiques pour le suivi médicoprofessionnel des travailleurs exposés aux CMR à l'attention notamment des médecins du travail.	
	331	Sensibiliser les médecins traitants aux enjeux et aux risques liés aux expositions professionnelles ; renforcer les relations avec les médecins du travail via des expérimentations régionales ; expérimenter la communication systématique aux médecins traitants d'un compte rendu annuel des risques professionnels auxquels sont exposés leurs patients.	
12.3	Améliorer l'identification des cancers d'origine professionnelle pour permettre leur reconnaissance en maladie professionnelle.		98
	332	Faciliter le recours à une expertise pour le diagnostic étiologique de pathologies d'origine professionnelle via les centres de consultations de pathologies professionnelles.	
	333	Mieux informer les salariés ayant été exposés à des CMR sur leurs droits en matière de reconnaissance des maladies professionnelles, de suivi médical postexposition ou postprofessionnel.	
12.4	Soutenir la surveillance épidémiologique et la recherche pour améliorer les connaissances sur les cancers professionnels.		99
	334	Améliorer le signalement et la prise en charge des « clusters » (cas groupés) de cancers en lien avec le travail en s'appuyant sur un groupement d'alerte régional regroupant les acteurs locaux de la santé au travail.	
	335	Améliorer la connaissance des cancers par profession et secteur d'activité en renforçant le circuit de signalement et d'exploitation des données du réseau national de vigilance et de prévention des pathologies professionnelles.	
	336	Soutenir des projets de recherche en santé au travail notamment sur les multi-expositions. Mieux identifier le lien entre les expositions professionnelles et les risques de cancer par le suivi de cohortes et par la définition d'indicateurs de mortalité et morbidité par profession et secteur d'activité.	
	337	Soutenir le dispositif national de surveillance épidémiologique des mésothéliomes et le développement des enquêtes d'exposition dans trois populations ciblées (hors plèvre, plèvre-femmes, plèvre-hommes) de patients atteints de mésothéliomes. Assurer le suivi du processus de reconnaissance médico-sociale dans ces populations.	
	338	Renforcer la vigilance, la surveillance et la connaissance vis-à-vis du risque de cancers liés aux expositions émergentes, notamment chez les femmes enceintes afin d'orienter les actions de prévention des cancers en lien avec l'activité professionnelle.	
	339	Étudier le risque de cancer lié à l'exposition aux pesticides en facilitant notamment l'accès aux données produites dans le cadre du Plan Ecophyto concernant l'utilisation, les conditions d'emploi et les risques des produits phytopharmaceutiques.	
12b	Mieux comprendre les liens entre cancers et environnement et protéger les populations des expositions à risque		100
12.5	Développer l'observation et la surveillance et améliorer la connaissance concernant les cancers liés aux expositions environnementales en population générale.		100
	340	Intensifier la recherche portant sur les déterminants environnementaux des cancers, en toxicologie, épigénétique, épidémiologie moléculaire et analytique (appels à projets, grandes cohortes) pour améliorer les connaissances sur les facteurs de risque physiques et chimiques de cancer émergents ou potentiels (agents).	
	341	Renforcer la surveillance des cancers en lien avéré ou suspecté avec les substances chimiques cancérogènes, intégrer la mesure de l'imprégnation dans les études du programme national de biosurveillance et mieux identifier des populations exposées.	
	342	Surveiller les cancers sentinelles d'expositions environnementales ou survenant au sein de populations exposées à des risques environnementaux identifiés.	
	343	Mieux analyser le risque de survenue de cancer du poumon en fonction des expositions chroniques à la pollution atmosphérique et notamment aux particules fines issues du diesel.	
	344	Soutenir les programmes de substitution et de recherche pour diminuer l'exposition aux perturbateurs endocriniens et aux substances cancérigènes, en lien avec la stratégie nationale sur les perturbateurs endocriniens.	
12.6	Réduire l'exposition de la population aux polluants atmosphériques aux valeurs limites européennes définies en 2010.		100
	345	Renforcer l'information du public sur les niveaux des émissions de particules fines notamment issues du diesel et de la pollution atmosphérique en général. Sensibiliser les citoyens et les élus sur les changements de comportements nécessaires pour réduire la pollution vis-à-vis des transports et du chauffage résidentiel.	
12.7	Diminuer l'exposition de la population aux rayonnements ionisants à visée diagnostique.		101
	346	Développer un référentiel qualité dans le domaine de l'imagerie médicale.	
	347	Développer la formation et les outils d'aide à la décision pour l'indication et le choix des examens d'imagerie en direction des prescripteurs d'examens.	
12.8	Diminuer l'exposition aux rayonnements ultraviolets artificiels et naturels.		101
	348	Poursuivre les campagnes d'information à destination du grand public sur le risque des UV et les adapter aux habitudes d'exposition aux UV naturels et artificiels.	

349	Renforcer l'encadrement de la mise à disposition des appareils de bronzage. La réglementation sur les appareils de bronzage a été renforcée par le décret du 27 décembre 2013 qui durcit les conditions de contrôle des appareils, de formation des personnels et d'information des utilisateurs sur les risques sanitaires liés aux UV artificiels. Il est prévu dès 2014 et sur la durée du Plan de conduire les actions suivantes : <ul style="list-style-type: none"> • Examiner les conditions d'une interdiction de la vente aux particuliers. • Saisir la commission européenne pour prendre en compte les dernières données scientifiques disponibles et faire évoluer la législation européenne sur les cabines UV. • Evaluer d'ici 2018, l'application en France de la réglementation sur les appareils de bronzage et les conséquences de leur utilisation pour la santé. 	
350	Mettre en place un dispositif de prévention à destination des professionnels plus exposés aux UV naturels (travaux agricoles, BTP...).	
351	Former à la prévention du risque solaire les animateurs et encadrants des activités parascolaires et sportives.	
12.9	Sensibiliser le public sur la façon de réduire l'exposition aux substances classées cancérigènes possibles, notamment chez la femme enceinte et les enfants en bas âge (par exemple exposition aux pesticides et biocides à usage domestique).	101

Objectif 13 :

Se donner les moyens d'une recherche innovante

S. Obj.	Action	Mesure	Libellé	A.	Page
	Axe 1		Identifier les populations les plus susceptibles d'être exposées au risque de cancer pour adapter et personnaliser les stratégies de prévention et de détection précoce.		102
		352	Cette recherche s'appuie sur la génétique, l'épidémiologie notamment moléculaire et génétique permettant de mieux comprendre les interactions entre les individus et leur environnement, la recherche de biomarqueurs sensibles et spécifiques, la toxicologie, la recherche en sciences humaines et sociales pour la compréhension des addictions et des comportements.		
	Axe 2		Aboutir à l'échéance du Plan à une nouvelle définition des maladies cancéreuses.		102
		353	Cette recherche doit permettre le développement de nouveaux traitements ainsi que l'identification de marqueurs de diagnostic et d'évolution des différents cancers.		
	Axe 3		Modéliser les grands processus tumoraux pour mieux comprendre les cancers et mieux prendre en charge les patients.		103
		354	Les grands processus tumoraux, de l'initiation des cancers au développement des métastases et à la résistance thérapeutique, peuvent être compris par l'intégration des données scientifiques et cliniques et par la modélisation mathématique et physique. Cette modélisation est encore peu développée en France. L'intégration des données du cancer doit être mise en perspective avec les données issues des travaux et programmes portant sur le métabolisme, les infections, l'inflammation et l'immunité et ce, à l'échelle européenne et internationale. Plus globalement, il s'agit de susciter de nouveaux regards sur les cancers en confrontant des disciplines diverses, en particulier les mathématiques, la physique, les sciences de l'ingénieur, la biologie, la médecine, les sciences humaines et sociales et en développant l'approche de la biologie systémique.		
	Axe 4		Mieux comprendre l'échappement tumoral et les relations hôte-tumeur.		103
		355	L'essor ces dernières années des thérapies ciblant des anomalies spécifiques de la cellule tumorale ou son environnement a permis l'émergence d'une nouvelle gamme thérapeutique. Les résultats cliniques ont mis en évidence que les patients n'exprimant pas l'anomalie moléculaire ciblée sont d'emblée résistants et que chez les patients ayant une tumeur sensible, le développement de résistances secondaires est fréquent. Identifier et contourner ces résistances sont des problématiques récurrentes, qui nécessitent les contributions de la biologie fondamentale, de la pharmacochimie et de la recherche clinique. L'immunothérapie est dans ce contexte un champ à développer.		
	Axe 5		Lutter contre les inégalités de santé face au cancer.		103
		356	La France est un des pays d'Europe où les inégalités de santé face au cancer liées au statut social sont les plus marquées. Elles sont pour une grande part associées à un échec de la prévention, une faible adhésion au dépistage et à un diagnostic tardif. Les recherches portant sur la prévention, la précarité induite ou aggravée par la maladie, l'intégration professionnelle et la vie pendant et après le cancer correspondent à des besoins sociétaux majeurs. La recherche française sur le cancer est la troisième en Europe. Cette visibilité scientifique doit s'accroître à l'horizon du Plan au regard des moyens qui lui seront apportés ; elle doit également être bien comprise par nos concitoyens grâce à une information rigoureuse et un partage des avancées scientifiques avec le grand public.		
13a			S'appuyer sur une recherche fondamentale compétitive		104
	13.1		Garantir l'indépendance et la créativité de la recherche en assurant un taux de financement pour la recherche fondamentale sur le cancer supérieur à 50 % des crédits de l'ensemble des appels à projets de l'INCa et de l'Aviesan cancer.		104
		357	Considérer des financements sur des périodes longues, allant jusqu'à six années effectives des projets, en particulier pour les jeunes équipes engagées dans des programmes à fort potentiel d'innovation.		
		358	Favoriser au sein des appels à projets la dynamique interdisciplinaire (biologie, mathématiques, bioinformatique, physique, chimie et sciences humaines et sociales).		

	359	Avancer vers la coordination et l'homogénéité des appels à projets et des financements entre associations, fondations, INCa et Aviesan (calendrier, format des candidatures, complémentarité des actions et budgets...).	
	360	Mobiliser les agences et EPST pour s'assurer de la complémentarité des investissements dans les équipements des structures de recherche en cancérologie	
13.2	Soutenir le continuum entre une recherche fondamentale d'excellence et la recherche clinique dans les sites de recherche intégrée sur le cancer (SIRIC).		104
	361	Conforter l'interdisciplinarité et le continuum indispensable entre recherche fondamentale, recherche translationnelle et recherche clinique, en poursuivant la dynamique engagée par les SIRIC. Les sites labellisés devront être régulièrement évalués, et notamment à l'occasion d'un nouvel appel à candidatures à l'issue des cinq années d'existence des 8 SIRIC.	
13b	Promouvoir des parcours professionnels en appui des évolutions de la recherche en cancérologie		105
13.3	Faire évoluer les formations initiales pour répondre aux besoins de la recherche en cancérologie.		105
	362	Mettre en place des parcours dédiés au sein des masters de biologie/santé visant à renforcer les programmes dans le domaine des statistiques, de l'épidémiologie, du traitement des images et des données biomédicales. Dans le cadre d'appels à projets, attribuer des aides spécifiques aux universités s'engageant dans la mise en place de ces parcours.	
	363	Encourager les universités à flécher des contrats doctoraux au sein des écoles doctorales de biologie/santé pour des ingénieurs ou des titulaires de masters de mathématiques/informatique/physique afin de former des docteurs compétents dans le champ de la bioinformatique, des biostatistiques, du traitement d'images et des données biomédicales...	
	364	Favoriser les doubles formations telles que par exemple statistiques et formations en santé.	
13.4	Renforcer l'attractivité des métiers de la recherche en lien avec la cancérologie.		105
	365	Réserver pendant une durée expérimentale des quotas de postes de chercheurs, des chaires d'excellence et des contrats ATIP Avenir (dédiés) dans le domaine de la bioinformatique.	
	366	Recommander la création d'une commission scientifique spécialisée de recherche translationnelle dans les EPST, notamment à l'Inserm. Ce type de recherche est encore insuffisamment valorisé par les EPST, ainsi que la carrière des chercheurs qui décident de s'y consacrer.	
13c	Partager et valoriser les résultats de la recherche sur le cancer		106
13.5	Partager les informations et les données aux niveaux national et international entre professionnels et avec le grand public.		106
	367	S'intégrer dans une démarche nationale et internationale de mise à disposition des données brutes de la recherche, incluant celles de la recherche académique et de la recherche industrielle. Cette démarche est à poursuivre dans le cadre européen et dans le cadre de l'Alliance mondiale (Global Alliance).	
	368	Inciter les chercheurs à faire part des résultats de leurs recherches dans des revues d'accès gratuit.	
	369	Renforcer l'information des patients et des usagers sur la recherche dans le domaine du cancer et favoriser leur participation aux instances de gouvernance de la recherche (voir chapitre « Faire vivre la démocratie sanitaire »).	

OPTIMISER LE PILOTAGE ET LES ORGANISATIONS

Objectif 14 :

Faire vivre la démocratie sanitaire

S. Obj.	Action	Mesure	Libellé	A.	Page
14a	Associer les usagers à la définition et à la mise en œuvre de la politique de lutte contre les cancers				108
14.1	Généraliser pour le cancer la participation des usagers dans les instances de pilotage, de gestion ou de production de soins ou de recherche.				109
	370	Étendre la participation des usagers aux instances consultatives qui rendent des avis sur les actions de l'Institut national du cancer. La représentation des usagers est actuellement effective au sein du Conseil d'administration - le président du Comité des usagers et des professionnels de l'INCa y assistant avec voix consultative. Il convient de l'étendre au conseil scientifique et au comité de déontologie et d'éthique de l'INCa.			
	371	Formaliser les échanges entre les représentants des usagers et les services hospitaliers et organismes territoriaux prenant en charge des patients atteints de cancer.			
	372	Structurer l'implication des usagers dans les instances de programmation et de coordination de la recherche sur les cancers (INCa/ITMO Cancer, cancéropôles, intergroupes coopérateurs de recherche labellisés par l'INCa...) et leur contribution à la définition des orientations des programmes de recherche récurrents.			
14.2	Identifier les expériences et les pratiques innovantes en termes de participation des usagers et des personnes malades.				109

14.3	Etablir un bilan critique de ces expériences et formuler des objectifs et des recommandations pour le déploiement de la démocratie sanitaire dans les instances de pilotage et de coordination.	109
14.4	Evaluer de façon qualitative, au terme du Plan Cancer, les dispositifs de démocratie sanitaire déployés.	110
14b	Soutenir le processus de démocratie sanitaire par la formation des parties prenantes	110
14.5	Apporter une formation spécifique aux représentants des usagers et à leurs interlocuteurs professionnels (administrateurs ou professionnels de santé et de la recherche) dans un objectif de co-construction des politiques et des actions de lutte contre les cancers.	110

Objectif 15 :

Appuyer les politiques publiques sur des données robustes et partagées

S. Obj.	Action	Mesure	Libellé	A.	Page
15a	Mieux appréhender les parcours de santé et les inégalités face aux cancers				111
15.1	Mieux comprendre les inégalités sociales et géographiques face aux cancers.				111
	373		Étudier les disparités géographiques et socioéconomiques de l'incidence et de la survie des cancers selon les indices de défavorisation sociale et mettre à disposition en routine des indicateurs des inégalités de santé à partir des registres des cancers.		
	374		Mieux connaître les facteurs de risque de cancer et les risques de survenue d'un second cancer à partir des registres. En outre, les dispositifs d'observation et de surveillance seront renforcés pour mieux comprendre les liens entre les cancers et les expositions professionnelles ainsi que les risques environnementaux (voir Objectif 12).		
	375		Développer l'utilisation des données socioéconomiques (CNAV) et sociodémographiques (notamment INSEE - échantillon démographique permanent) afin d'étudier les facteurs d'inégalités sociales (éducation, revenus...) tant au niveau individuel que du foyer : l'enjeu est de permettre l'appariement de ces bases avec les autres bases de données dans le domaine du cancer (registres, « cohorte cancer », etc.).		
	376		Permettre l'observation des pertes de chance pour des populations fragiles (enfants) ou particulièrement exposées à des facteurs de risque (territoires d'outre-mer, milieu carcéral...) : intégrer la composante socioéconomique dans les différents systèmes d'information et de recherche (grandes cohortes, cohortes en milieu professionnel...).		
	377		Développer l'observation sociale des cancers pour mieux comprendre leurs conséquences sur la vie des personnes atteintes (voir Action 9.17).		
15.2	Renforcer l'évaluation de l'accès et du recours au dépistage organisé des cancers.				112
	378		Définir à partir de l'existant les spécifications techniques et fonctionnelles d'un nouveau système d'information partagé et interopérable, pouvant être interfacé avec les informations issues d'autres systèmes d'information (DCC, outils informatiques des professionnels impliqués dans le dépistage...).		
	379		Déployer le nouveau système d'information en intégrant des composantes telles le géocodage et les données permettant d'identifier les inégalités face au dépistage et de caractériser les trajectoires de prise en charge.		
15.3	Faire du dossier communicant de cancérologie un outil d'observation et d'évaluation des soins au niveau local, régional et national.				112
	380		Développer un collecteur de données interopérables centralisant les données et répondant aux impératifs de surveillance (données nominatives), d'observation et d'évaluation des cancers tant au niveau régional que national.		
	381		Identifier et caractériser les trajectoires et parcours de prise en charge, en tenant compte de facteurs comme le type de cancer, ou le stade au diagnostic et en intégrant les caractéristiques cliniques et les prises en charges thérapeutiques.		
15.4	Appréhender les parcours de soins grâce à la « cohorte cancer ».				113
	382		Définir et caractériser les trajectoires et parcours de soins en ville et à l'hôpital des personnes atteintes d'un cancer, en tenant compte de facteurs comme le type de cancer, le stade au diagnostic, ou l'appartenance à un groupe socioéconomique particulier (CMU-C).		
	383		Évaluer les parcours (délais de prise en charge, suivi de recommandations ou de référentiels, impacts économiques...) afin d'améliorer la prise en charge des personnes atteintes d'un cancer et de favoriser l'efficacité du système de soins (voir le chapitre « Guérir plus de personnes malades, mieux encadrer et évaluer les prises en charge des patients atteints de cancer »).		
	384		Poursuivre le développement de la cohorte en associant aux données issues des bases médico-administratives (SNIIR-AM) des données issues d'autres systèmes d'information (notamment de la CNAV) ou de cohortes.		

15.5	Développer l'évaluation en économie de la santé.		113
	385	Investir le domaine de l'économie de la santé, notamment en produisant régulièrement des états des lieux et des évaluations s'inscrivant dans l'ensemble des domaines de l'économie et portant tant sur l'impact immédiat qu'à moyen terme des actions.	
	386	Renforcer l'exploitation des données pharmaceutiques, notamment en constituant une base de données nationale recueillant l'ensemble des prescriptions et dispensations pharmaceutiques hospitalières.	
15.6	Mettre à disposition des indicateurs d'évaluation de la lutte contre les cancers.		113
	387	Développer et publier des tableaux de bord de pilotage et d'évaluation de la lutte contre les cancers, synthétisant les indicateurs aux niveaux national et régional issus des systèmes d'information en cancérologie (dépistage, parcours de soins, inégalités, etc.).	
15b	Se doter d'un système d'observation des cancers performant		114
15.7	Conforter la surveillance et l'observation épidémiologiques des cancers à partir des registres.		114
	388	Pérenniser les registres des cancers en s'assurant de l'adéquation de leurs moyens avec les demandes et en s'appuyant sur une politique concertée.	
	389	Améliorer la qualité et l'exhaustivité des données des registres, notamment à travers la poursuite des efforts de standardisation et de démarche qualité, et en s'assurant de la formation continue des personnels.	
	390	Faciliter l'accès des registres à leurs sources de données, notamment les données nominatives du PMSI, des ALD cancers et des certificats de décès, et améliorer l'accès au répertoire national d'identification des personnes physiques (RNIPP).	
	391	Renforcer les développements méthodologiques pour fournir de nouveaux indicateurs de surveillance et d'observation des cancers au niveau national et infranational, notamment en intégrant en routine les stades au diagnostic.	
	392	Renforcer le positionnement international de la France dans le champ de la surveillance et de l'observation des cancers, dans le cadre des partenariats européens et des collaborations internationales.	
15.8	Sécuriser l'accès aux données et l'interopérabilité tout en assurant la confidentialité.		114
	393	Permettre et renforcer la mise à disposition des données tout en garantissant leur confidentialité et le cas échéant l'anonymat des personnes au sein des bases de données.	
	394	Simplifier le croisement des données, en favorisant notamment la mise en place d'un identifiant unique de santé ou l'exploitation encadrée du numéro d'inscription au répertoire de l'Insee (NIR).	
15.9	Valoriser l'observation et les données en permettant leur appropriation et exploitation par le plus grand nombre.		115
	395	Ouvrir les données de santé en lien avec le cancer (« open-data ») via le portail des données du cancer, en développant une plateforme mutualisée comportant un centre de ressources et mettant à disposition des publics une plateforme digitale multicanal.	
	396	Améliorer le partage de données à des fins de recherche, d'observation et de surveillance, notamment entre les grandes cohortes et les systèmes d'information.	
	397	Poursuivre et renforcer les productions et leur valorisation dans le domaine de la surveillance, l'observation, l'évaluation, la veille et la recherche, notamment au travers de la publication annuelle du rapport « Les cancers en France ».	
15.10	Assurer la synergie des acteurs dans le domaine de l'observation et de l'évaluation.		115
	398	Mettre en place et assurer une coordination de l'observation des cancers afin de renforcer les liens entre les différents acteurs (de la recherche aux acteurs de terrain), de définir de méthodes communes et de favoriser l'exploitation et la valorisation des données.	
	399	Définir une stratégie commune pour le déploiement et l'exploitation des systèmes d'information relatifs aux cancers, que ce soit au niveau national ou infranational.	
	400	Renforcer la coordination et l'exploitation des données au niveau régional, en mutualisant au sein d'une plateforme les ressources et les moyens lorsque cela est possible et assurant l'interopérabilité des systèmes d'information locaux.	

Objectif 16 :

Optimiser les organisations pour une plus grande efficience

S. Obj.	Action	Mesure	Libellé	A.	Page
16a	Mieux appréhender les parcours de santé et les inégalités face aux cancers				116
16.1	Afin de conforter la synergie recherche/santé, affirmer l'INCa comme opérateur des ministères de la santé et la recherche dans le champ du cancer.				117
	401		Déléguer à l'INCa le pilotage de la mise en œuvre du Plan.		
	402		Confier à l'INCa le pilotage scientifique des crédits recherche du Plan cancer.		
	403		Préciser au travers d'un nouveau COP les attentes des deux ministères à l'égard de l'Institut.		
	404		Garantir l'unité des fonctions de directeur de la recherche de l'INCa et de directeur de l'ITMO Cancer d'Aviesan et le maintien des crédits dédiés à la recherche sur le cancer attribués à l'Inserm. L'inscrire dans une nouvelle convention cadre INCa-Aviesan.		
16.2	Renforcer le rôle de pilotage technique et d'animation régulière et décloisonnée des structures de la cancérologie par l'INCa en appui au pilotage stratégique des ministères de la santé et de la recherche				117
	405		Assurer, en lien étroit avec les administrations et opérateurs concernés, le pilotage technique et l'animation de chacun des réseaux de coordination des prises en charge (dont dépistage), de recherche en cancérologie ou d'observation		
	406		Organiser le décloisonnement par une démarche adaptée d'animation et par des expérimentations d'interfaces innovantes (RRC/cancérologie ; structures de gestion régionales/RRC/registres...).		
	407		Collecter et traiter en lien avec les partenaires (notamment InVS et Francim) les données issues de ces structures et en assurer la transmission auprès des ARS et des ministères concernés.		
	408		Organiser, en lien avec le secrétariat général des ministères sociaux, la coopération avec les ARS et veiller à la cohérence entre les orientations des ARS et les missions confiées aux structures de cancérologie dans le cadre du Plan cancer.		
16.3	Associer la MILDT aux actions du Plan Cancer à mener dans le domaine de la lutte contre les drogues et les conduites addictives, ainsi qu'à leur suivi.				117
16b	Redéfinir la place des acteurs régionaux et territoriaux en appui des ARS				117
16.4	Garantir à l'ARS un appui régional fort dans le champ de la cancérologie en misant sur le rapprochement des structures.				118
	409		Conforter le rôle d'appui des RRC auprès des ARS. À la lumière de leur évaluation, actualiser leurs missions et leurs articulations avec les acteurs de proximité.		
	410		Promouvoir, dans un objectif d'harmonisation des pratiques et d'efficience, une organisation régionale des structures de gestion en appui des échelons territoriaux.		
	411		Développer les interfaces entre RRC, structures de gestion des dépistages et registres afin de fluidifier les parcours du dépistage aux soins ; en lien avec la montée en charge du DCC, organiser un rapprochement des systèmes d'information afin de contribuer à l'évaluation des politiques de dépistage et de soins.		
	412		Favoriser des rapprochements fonctionnels et structurels et expérimenter des structures unifiées sous forme de structures régionales de coordination ou d'appui en cancérologie.		
	413		Mettre à profit le réexamen des périmètres et missions des différentes structures de coordination pour sécuriser leurs statuts juridiques et consolider leur gouvernance.		
16.5	Structurer l'organisation territoriale de proximité autour de l'objectif de continuité et de globalité des parcours de prise en charge.				118
	414		Évaluer et redéfinir, en vue d'une meilleure intégration des professionnels de ville, le périmètre des actions de coordination (3C, infirmière de coordination, réseaux territoriaux) mises en place dans les Plans cancer précédents ; améliorer la synergie de leurs interventions et expliciter leurs relations avec les RRC.		
	415		Revoir les missions et principes de financement des 3C à la lumière des éléments de cette évaluation, des évolutions régionales actuelles vers des 3C interétablissements, ainsi que des priorités de la politique de santé dans le champ du cancer.		
	416		Rapprocher les réseaux polyvalents de proximité et les dispositifs spécialisés dans le cancer de façon à assurer la prise en charge globale en santé.		
	417		Accentuer dans les missions de proximité des structures locales de dépistage le rôle d'appui aux médecins traitants et les approches adaptées à l'exercice en maisons de santé ou en centres de santé des médecins de premier recours.		
	418		Mobiliser les acteurs sociaux et médico-sociaux pour soutenir les dépistages organisés et étudier l'intérêt d'équipes mobiles de dépistage afin de toucher des publics plus éloignés.		

16c	Conforter la structuration de la recherche en régions			119
16.6	Recentrer les missions des cancérôpôles sur des champs non couverts par d'autres organisations (émergence de projets dans des thématiques et technologies innovantes et de jeunes équipes, priorités régionales ou interrégionales de recherche incluant sa valorisation).			119
	419	Lancer en 2014 un nouvel appel à candidatures sur la base d'un cahier des charges révisé.		
	420	Clarifier et organiser les interfaces avec les RRC sur la recherche clinique.		
	421	Renforcer le pilotage national des cancérôpôles au travers de CPOM les liant à l'INCa.		
16.7	A l'issue des cinq années d'existence des 8 SIRIC, organiser en 2016 un nouvel appel à candidatures ouvert aux structures précédem			119
16.8	Articuler les actions des SIRIC et des cancérôpôles pour renforcer les forces de recherche sur un territoire donné.			119
	422	Coordonner les actions des SIRIC et des cancérôpôles portant sur la mise en place et la mutualisation de plateformes technologiques, ainsi que sur le soutien à l'émergence de projets de recherche.		
	423	Associer les SIRIC à l'animation scientifique menée par les cancérôpôles pour permettre le partage des expertises et la dissémination des résultats de la recherche à l'ensemble de la communauté scientifique.		
	424	Mobiliser conjointement les SIRIC et les cancérôpôles pour inciter à la mobilité des équipes et contribuer ainsi à la fois au renouvellement des forces vives des SIRIC et à l'émergence de nouveaux sites de recherche d'excellence.		
16d	Conforter la place de la France dans les coopérations internationales en recherche et santé publique			120
16.9	Soutenir le développement des programmes de lutte contre le cancer des agences internationales, notamment leurs volets d'actions envers les pays francophones de l'Afrique subsaharienne et du sud de la Méditerranée.			120
16.10	Développer des réseaux collaboratifs entre la France et les pays du sud dans le domaine de la recherche et de la santé publique, en s'appuyant notamment sur les infrastructures développées par les partenaires d'Aviesan Sud (IRD, Instituts Pasteur, Fondation Mérieux, etc.) dans les pays ciblés.			120
	425	Soutenir une diplomatie solidaire par des actions de formation par la recherche.		
	426	Renforcer la présence de la francophonie au sein des organisations internationales, comme l'AORTIC et offrir une assistance technique aux pays francophones dans la mise en œuvre de leur programme de lutte contre le cancer.		
16.11	Participer activement aux actions de coordination des financeurs internationaux de la recherche sur le cancer et les prolonger avec les pays européens et les Etats-Unis, et avec les pays émergents en proposant des solutions partagées par tous.			120
Objectif 17 :				
Adapter les modes de financement aux défis de la cancérologie				
<i>S. Obj.</i>	<i>Action</i>	<i>Mesure</i>	<i>Libellé</i>	<i>A. Page</i>
17a	Savoir adapter les modalités de financement au rythme des évolutions techniques et organisationnelles			121
17.1	Identifier et mener les évolutions nécessaires du dispositif réglementaire et tarifaire pour soutenir le développement de la radiologie interventionnelle.			122
17.2	Expérimenter la mise en place de forfaits pour les traitements de radiothérapie pour inciter les établissements à investir dans des techniques innovantes telles que l'hypofractionnement au bénéfice des patients.			122
17.3	Mener plus globalement dans le cadre du Comité de réforme de la tarification hospitalière une réflexion dédiée à l'accompagnement des innovations dans le champ de la cancérologie.			122
17.4	Redéfinir les critères d'évaluation et de jugement du caractère innovant et de la valeur ajoutée d'une molécule permettant d'accélérer l'accès des patients aux réelles innovations.			122
17b	Inciter à la fluidité des parcours par des mécanismes financiers innovants			122
17.5	Engager, dans le cadre du Comité de réforme de la tarification hospitalière et dans le cadre des travaux sur les nouveaux modes de rémunération dans le cadre conventionnel, une réflexion sur une évolution des modes de financement apte à garantir un parcours fluide et sûr (notamment entre ville et hôpital) et une prise en charge globale (intégrant les soins de support) dans le champ du cancer.			122

17.6	Mettre en œuvre dans le domaine du cancer une des expérimentations de « tarification au parcours ».	122
17.7	Apporter des solutions aux établissements de santé de soins de suite et de réadaptation, aux unités de soins de longue durée, aux maisons de retraite et aux maisons d'accueil spécialisées, concernant le financement des molécules onéreuses.	122
17c	Dégager des marges de manœuvre pour financer l'innovation	123
17.8	Accélérer en lien avec les travaux issus du contrat de filière des industries de santé le processus de tarification des actes et traitements innovants validés en pratique clinique afin de permettre le redéploiement des financements d'initiation de l'INCa et de la DGOS vers des actes et dispositifs émergents.	123
17.9	Favoriser grâce au suivi de la qualité des pratiques cliniques, à des critères d'agrément exigeants et aux recommandations de bonne pratique la pertinence des actes et la focalisation des moyens sur les prises en charge conformes aux standards.	123
17.10	Contribuer, grâce aux campagnes d'information sur les dépistages organisés des cancers, à la réduction des actes de dépistage inopportuns par leur nature ou leur fréquence.	123
17d	Maintenir un haut niveau d'exigence dans les choix de financement de la recherche	123
17.11	Maintenir le principe d'appels à projets libres et compétitifs comme principale modalité de sélection des projets de recherche sur le cancer.	123
17.12	Conforter le suivi scientifique des projets financés.	123
17.13	Développer des outils partagés d'évaluation des projets de la recherche en cancérologie.	123