

la dynamique du Plan Cancer

Un an d'actions et de résultats
Volet général



Mission
Interministérielle pour
la Lutte contre le
Cancer

En un an, grâce à une mobilisation sans précédent, le Plan Cancer a permis de franchir des caps significatifs sur tous les fronts : prévention, dépistage, soins, accompagnement social et humain, recherche.

La course de fond qui est engagée prouve, à l'issue de cette première étape, que les découloissements s'opèrent et que la voie empruntée - large concertation, définition d'une stratégie globale centrée sur l'Homme, action cadencée, précise et évaluable - est pertinente.

Les premiers résultats sont là : 1,8 millions de fumeurs en moins, soit 80.000 vies sauvées à l'horizon 2015 ; d'ici deux ans, 7 millions de femmes auront reçu leur invitation pour un dépistage gratuit du cancer du sein ; tous les nouveaux malades bénéficieront, d'ici 2005, du dispositif d'annonce déjà en cours d'expérimentation ; amélioration de l'accès aux prêts pour les malades par une meilleure information ; sept cancéropôles, accélérateurs d'innovation, se structurent efficacement.

Par les espoirs que suscitent ces premiers succès, nous prouvons tous que ce combat n'est pas une simple mobilisation technique mais qu'il est surtout un engagement humain partagé conduit sur l'ensemble du territoire.

Notre engagement est national, notre responsabilité commune. Il n'y a pas de petites actions ou d'acteurs mineurs.

En prenant appui sur les acquis d'une année de mise en œuvre, continuons ensemble la dynamique du Plan Cancer.

Pascale Briand
Déléguée interministérielle

1 PRÉVENTION : ÉVITER LES CANCERS ÉVITABLES

1.1	Tabac	5
1.2	Alcool	6
1.3	Nutrition	8
1.4	Environnement	8
	1.4.1 Soleil	8
	1.4.2 Cancres professionnels et autres cancers environnementaux	8
1.5	Mieux connaître pour mieux prévenir	9

2 DÉPISTAGE : SE DONNER TOUTES LES CHANCES

2.1	Généralisation du dépistage organisé du cancer du sein	10
2.2	Expérimentation du dépistage du cancer colo-rectal	13
2.3	Dépistage du cancer du col de l'utérus	13
2.4	Renforcement de l'oncogénétique	13

3 SOINS : ASSURER L'ÉQUITÉ D'ACCÈS À DES SOINS DE QUALITÉ

3.1	Fonctionnement en réseaux	15
3.2	Pôles régionaux de cancérologie	17
3.3	Centres de coordination en cancérologie	17
3.4	Amélioration des pratiques médicales	17
3.5	Renforcement de l'Oncopédiatrie	18
3.6	Hospitalisation à domicile	18
3.7	Soins de support	19
3.8	Dossier communiquant	19
3.9	Dispositif d'annonce	21
3.10	Equipements lourds	23
	3.10.1 Radiothérapie	23
	3.10.2 Imagerie de diagnostic et de suivi des cancers	23
3.11	Innovation diagnostique et thérapeutique	23
3.12	Traitements onéreux	24
3.13	Tumorothèques	24
3.14	DOM/TOM	24

4	ACCOMPAGNEMENT SOCIAL ET INFORMATION : NE PAS AJOUTER À L'ÉPREUVE DE LA MALADIE CELLE DE L'EXCLUSION SOCIALE	
4.1	Convention Belorgey	26
4.2	Information et accompagnement	27
	4.2.1 " cancer info service "	27
	4.2.2 Kiosques d'information	27
	4.2.3 Convention association-hôpital	27
	4.2.4 Site Internet www.plancancer.fr	27
5	FORMATION ET DÉMOGRAPHIE MÉDICALE : PRÉPARER L'AVENIR	
5.1	Qualification des spécialistes	28
5.2	Démographie et attractivité de la discipline	28
5.3	Adéquation besoins/offre de soins dans les différentes régions	30
5.4	Formation et Prévention	30
5.5	Formations paramédicales	30
5.6	Formation continue	30
6	RECHERCHE : ACCÉLÉRER L'INNOVATION	
6.1	Programme Hospitalier de Recherche Clinique	31
6.2	Cancéropôles	31
6.3	Plan Cancer et Europe de la recherche	33
7	COOPÉRATION FRANCO-BRITANNIQUE	34
8	INSTITUT NATIONAL DU CANCER	35
9	INDICATEURS	36
10	BUDGETS	
10.1	Budget de l'état	37
10.2	Agences sanitaires	39

→ VOLET REGIONAL (TOME II)

→ ENQUÊTES ANNEXÉES (TOME III)

1 | PRÉVENTION

ÉVITER LES CANCERS ÉVITABLES

De très nombreux cancers peuvent être évités en limitant les agressions contre l'organisme. Celles-ci sont en grande partie la conséquence de comportements : fumer, boire à l'excès, exposer un jeune enfant au soleil sans protection, ne pas manger assez de fruits et légumes... Elles résultent également de l'environnement : subir le tabagisme passif, côtoyer des matières cancérogènes dans son travail, respirer un air pollué par des agents potentiellement cancérogènes...

En matière de prévention, le Plan suit cinq directions principales : mieux connaître les facteurs de risques ; renforcer l'épidémiologie ; déclarer la guerre au tabagisme (priorité 2003) ; renforcer la lutte contre les cancers professionnels et environnementaux ; développer la prévention des autres risques et la promotion des attitudes favorables à la santé. Le Plan prévoit aussi de renforcer les actions de promotion de l'hygiène alimentaire et d'information sur les excès d'alcool et les risques liés à l'exposition au soleil, notamment des enfants.

En 2003, des caps importants ont été franchis.

1.1 LUTTE CONTRE LE TABAGISME

La lutte contre le tabagisme engagée sur tous les fronts a permis d'obtenir des résultats sans précédent : 1,9 millions de fumeurs en moins d'après une enquête INPES/IPSOS¹ réalisée du 21 novembre au 24 décembre 2003. Le tabagisme a chuté de 12 % en 2003 par rapport à 1999 (15,3 millions en 1999 contre 13,5 en 2003), cette chute étant particulièrement marquée dans les populations prioritaires : moins 18 % chez les femmes ainsi que chez les jeunes de 15 à 25 ans. Parmi les ex-fumeurs, 14,2 % ont déclaré avoir arrêté de fumer dans l'année.

Toute une série d'actions ont été conduites pour parvenir à ces résultats.

Actions découlant de mesures législatives :

Les actions de lutte contre le tabagisme ont connu, en 2003, des avancées sans précédent. Le prix des cigarettes a augmenté de 42 % entre janvier 2003 et janvier 2004, la vente aux moins de 16 ans ainsi que les paquets de moins de 19 cigarettes ont été interdits, des avertissements sanitaires forts ont été inscrits sur les paquets.

1) Enquête publiée le 2 février 2004

Campagnes d'information et de sensibilisation :

L'INPES², chargé de mettre en œuvre des programmes de prévention et de développer des actions d'éducation pour la santé, a coordonné tout un ensemble d'actions de prévention contre le cancer. Cet organisme a notamment lancé depuis juin 2003 une série de campagnes télévisées pour lutter contre l'image positive du tabac (Lancées en juin 2003, "Clop stop" et "J'arrête et vous" se sont poursuivies jusqu'en février 2004. Une nouvelle campagne sera lancée dès le 31 mai).

D'autres actions de sensibilisation ont été réalisées sous l'égide des programmes "Hôpital sans tabac" (154 établissements sur les 300 établissements membres de ce réseau y ont participé à ce jour et 7000 agents hospitaliers se sont inscrits pour une aide au sevrage. Vingt maternités sont inscrites dans ce programme). Une évaluation du réseau "Hôpital sans tabac" vient d'être lancée.

Aides aux associations :

Dans le cadre d'une politique de prévention visant notamment à sensibiliser les jeunes, un dispositif de renforcement des actions de proximité, soutenu par l'Etat, l'Assurance maladie et l'INPES, permet à 84 comités d'éducation pour la santé dans 15 régions et 69 départements de financer la mise en œuvre de plus de 300 actions. En 2003, une enveloppe de 6 millions d'€ a été affectée aux actions associatives dont 2/3 pour des initiatives régionales et 1/3 pour des actions nationales. Un nouvel appel à consultations est en cours pour favoriser et financer de nouvelles initiatives en 2004.

Action interministérielle destinée à la prévention auprès des jeunes :

La signature d'un contrat-cadre entre le ministère de la santé et le ministère de l'éducation Nationale a permis de faciliter la mise en œuvre d'actions de santé publique à l'école, telle "Lycée non-fumeur" (22 lycées pilotes expérimentent ce dispositif depuis la rentrée scolaire 2003, mais en réalité, un nombre beaucoup plus important d'établissements ont engagé des initiatives).

Mesures d'accompagnement et d'aide au sevrage :

Corollaire de cette diminution du tabagisme, l'utilisation de substituts nicotiques a augmenté de plus de 40 % (2 millions d'utilisateurs contre 1,4 millions en

2002). Alors qu'ils ne sont remboursés dans aucun pays, le coût des substituts nicotiques a été avancé comme un frein possible à l'arrêt du tabac. Une évaluation de l'efficacité du remboursement de ces produits sur le sevrage tabagique est menée en 2004 dans trois régions : Languedoc-Roussillon, Alsace et Basse-Normandie, pour un budget de 3,3 millions d'euros.

Il faut souligner que ces substituts sont, d'ores et déjà, disponibles gratuitement dans les centres de santé de l'assurance maladie pour les personnes en situation de précarité.

"Tabac info service" a presque doublé son activité (44 000 appels en 2003 contre 25 000 en 2002) et les consultations de sevrage ont vu croître leur activité, ce qui justifie la poursuite de leur renforcement (2,27 millions d'euros en 2003 et 1 million d'euros supplémentaires en 2004). L'objectif pour l'année 2004 est de doter les 8 départements encore dépourvus d'une consultation hospitalière de tabacologie³.

Dans le même temps seront expérimentées, au sein des consultations existantes particulièrement chargées, 20 consultations collectives⁴ sans rendez-vous réparties dans 12 régions. Ces consultations permettront de diminuer le délai du premier rendez-vous pour une consultation de sevrage.

La carte suivante résume les expérimentations en cours pour l'année 2004 dans le cadre de la lutte contre le tabagisme au niveau de la prévention (lycées sans tabac, remboursement des substituts nicotiques, consultations collectives de tabacologie et nouvelles consultations individuelles dans les départements qui en étaient jusque là dépourvus).

1.2 LUTTE CONTRE L'ALCOOLISME

Dans le domaine de la prévention des risques liés à l'alcool, les objectifs suivis par l'INPES⁵ s'articulent autour de quatre axes : alerter sur les risques sanitaires d'une consommation excessive et informer sur les repères de consommation, faire évoluer les représentations masculines sur l'alcool, promouvoir l'abstinence pendant la grossesse, favoriser le dialogue entre les professionnels de santé et le patient. En 2003, une campagne TV a été diffusée du 15 septembre au 5 octobre sur le thème *"L'alcool, pas besoin d'être ivre"*

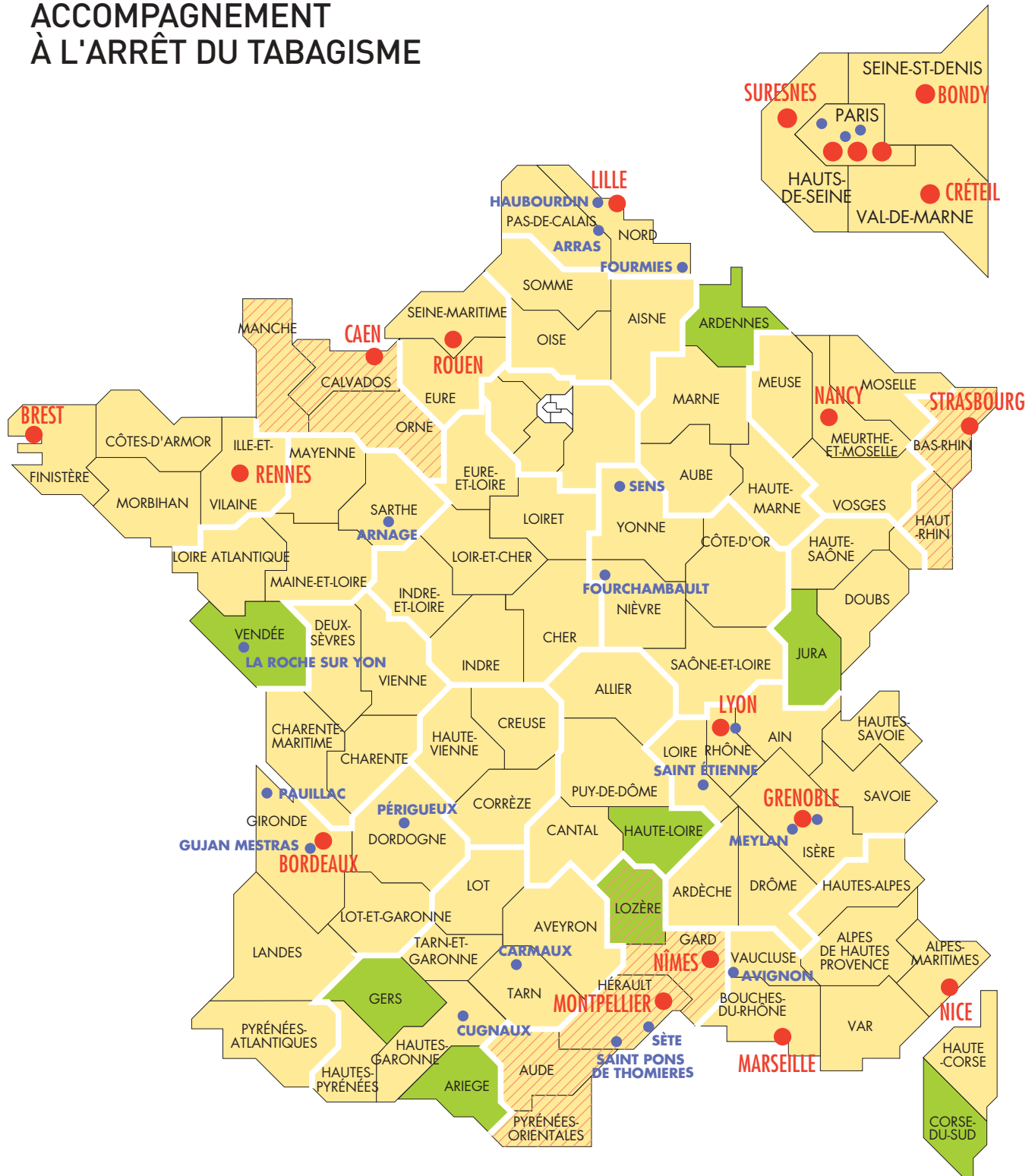
2) INPES : Institut National de Prévention et d'Education pour la Santé

3) Consultation hospitalière individuelle d'aide à l'arrêt du tabac : 3 vacations hebdomadaires d'un médecin attaché, mi-temps infirmière et mi-temps secrétaire. Coût d'une consultation individuelle 49,05 euros

4) Consultation hospitalière collective expérimentale d'aide à l'arrêt du tabac : 2 vacations hebdomadaires d'un médecin attaché, 30% temps plein d'infirmière et 30% temps plein de secrétaire. Coût d'une consultation expérimentale 30,15 euros

5) INPES : Institut National de Prévention et d'Education pour la Santé

ACCOMPAGNEMENT À L'ARRÊT DU TABAGISME



- Création d'une consultation hospitalière individuelle de tabacologie en 2004
- Création d'une consultation hospitalière collective de tabacologie en 2004
- Lycées pilotes "sans tabac"
- Remboursement des substituts nicotiques

Sources DRASS

pour en mourir". L'objectif a été de montrer qu'au-delà de 2 à 3 verres d'alcool par jour, les risques de cancers et de maladies cardiovasculaires augmentent considérablement.

Cette campagne a été complétée d'annonces dans la presse masculine, du 17 septembre au 30 octobre, sur le thème "*Bois moins si tu es un homme*". Le financement total était de 2,7 millions d'euros pour l'année 2003, réparti à raison de 2,3 millions pour la campagne TV et 0,4 million pour la campagne par voie de presse. Ce budget passera pour l'année 2004 à 5 millions d'euros. Un dépliant sur la consommation régulière excessive d'alcool sera diffusé en octobre prochain dans les pharmacies, les clubs sportifs etc... Ce dépliant accompagnera une campagne TV actuellement en cours d'élaboration.

1.3 NUTRITION

Selon les experts, une alimentation équilibrée permettrait de réduire de 30 % le risque de cancer. Sur cette base, le Plan Cancer recoupe le Programme National Nutrition Santé (PNNS). En raison de l'impact de la nutrition sur la prévention des cancers, ce programme a été abondé à hauteur de 570 000 euros en 2003.

En complément de la diffusion du guide grand public "La santé vient en mangeant : le guide alimentaire pour tous" (déjà diffusé à 1,750 million d'exemplaires), un ouvrage de 60 pages rédigé par l'InVS⁶, "Alimentation, nutrition et cancer, des vérités, des hypothèses et des idées fausses" a été distribué aux professionnels de santé et de façon prioritaire aux médecins généralistes par le biais de la formation continue. Ce guide souligne le rôle protecteur des fruits et légumes et de l'exercice physique, ainsi que les risques liés au surpoids, à l'obésité et à la consommation d'alcool. Il a été particulièrement bien perçu dans l'opinion.

La campagne publicitaire sur la nécessité de consommer au moins 5 fruits et légumes par jour, réalisée en partenariat avec la CNAMTS⁷ et l'INPES, a été renouvelée en 2003 et sera poursuivie en 2004. Elle a été confortée en 2003 par la présentation de l'enquête SUVIMAX évoquant la relation causale entre un apport de vitamines et minéraux et la diminution du risque de cancers.

Les actions ciblant les jeunes pourront désormais s'inscrire dans le contrat-cadre signé en juillet 2003 entre le ministère de l'Éducation Nationale et le ministère de la Santé. Un certain nombre d'objectifs prioritaires sont définis dans ce contrat, parmi lesquels figurent, pour l'année scolaire 2003-2004, la

conception et la diffusion d'une mallette pédagogique sur la nutrition.

En complément, une campagne nationale de promotion de l'activité physique a été lancée le 11 février dernier.

1.4 FACTEURS ENVIRONNEMENTAUX

1.4.1 Soleil et cancer de la peau

Le mélanome, dont l'incidence a doublé en 10 ans, a été l'objet de campagnes portant sur le risque des expositions solaires (spots radio pendant l'été 2003). Ces campagnes d'information vont être poursuivies, avec, entre autres, un dépliant informant le grand public sur les dangers liés à l'exposition solaire, qui sera diffusé dès le mois de mai à au moins 1,5 million d'exemplaires. Une affichette destinée à sensibiliser à la détection du mélanome sera diffusée dans le même temps, à plus de 100.000 exemplaires. Ces outils d'information bénéficieront d'un large réseau de diffusion : secteur associatif dont la Ligue Nationale Contre le Cancer, Caisses Primaires d'Assurance-Maladie, centres de vacances, offices de tourisme, fédérations de natation, dermatologues, pharmacies, kinésithérapeutes, esthéticiennes, etc ...

Les professionnels de la Santé ont depuis plusieurs années organisé une journée de sensibilisation au dépistage des cancers de la peau. Importante en terme de sensibilisation, elle a notamment permis l'année dernière de dépister 17 mélanomes. En 2004, cette journée de dépistage a eu lieu le 6 mai.

1.4.2 Cancers professionnels et autres cancers environnementaux

Pour renforcer la lutte contre les cancers environnementaux ou professionnels dont la fréquence est estimée à 8 à 20% des cancers, il est nécessaire d'améliorer le dispositif de connaissance des impacts cancérigènes des agents polluants présents dans l'environnement général ou professionnel. Cette action, par essence interministérielle, bénéficie déjà d'une prise en compte dans le Plan Cancer, le Plan National Santé-Environnement (PNSE) et sera renforcée dans le cadre du Plan Santé au Travail. Plusieurs actions portant sur l'évaluation des risques environnementaux ont été mises en place par l'AFSSE⁸ dès 2004 pour un budget supplémentaire d'un million d'euros, dont

1) InVS : Institut de Veille Sanitaire

2) CNAMTS : Caisse Nationale d'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés

3) AFSSE : Agence Française de Sécurité Sanitaire Environnementale

un important travail de réactualisation et d'évaluation des valeurs toxicologiques de référence pour des substances cancérigènes présentes dans l'environnement.

Contrat-cadre "cancers professionnels"

Le renforcement de la protection des travailleurs exposés aux facteurs de risques cancérigènes, et une meilleure connaissance des cancers professionnels au sein de la population constituent l'un des objectifs prioritaires du Plan Cancer.

Dans ce but, un contrat-cadre entre le ministère de la Santé et le ministère du Travail a été signé le 13 février 2004. Cet accord va permettre une meilleure coordination entre ces deux ministères afin d'améliorer rapidement et concrètement la lutte contre les cancers professionnels.

Les actions s'articulent autour de quatre axes :

- Accroître la connaissance des risques cancérigènes en entreprise, établir une veille scientifique toxicologique et renforcer les règles de protection des travailleurs exposés.
- Améliorer la détection des cancers professionnels dans l'entreprise, en étant capable d'identifier très vite des séries de cas (clusters) et en mettant en place un suivi post-professionnel des travailleurs exposés.
- Préciser l'importance des cancers professionnels au sein de l'ensemble de la population (exemples : matrices emploi/exposition, données supplémentaires dans les registres de cancers, suivi de cohortes, études cas/témoins...).
- Mettre en place, dans les entreprises, une prévention accrue des cancers liés à d'autres facteurs de risque, notamment le tabac. En 2004, un label "entreprise sans tabac" sera créé et permettra aux entreprises volontaires de s'engager visiblement dans la lutte contre le tabagisme. Plus généralement, un meilleur respect de la loi Evin sera recherché sur les lieux de travail.

Un comité de coordination nationale, présidé par la mission interministérielle pour la lutte contre le cancer (MILC) et comprenant les directions d'administration centrale (DGS⁹, DRT¹⁰, DSS¹¹), et les régimes d'assurance maladie concernés établira chaque année un programme d'actions et en suivra la mise en œuvre. Les organismes experts, de recherche ou de prévention comme l'AFSSE¹², l'INRS¹³, l'INPES¹⁴, l'InVS¹⁵, l'INSERM¹⁶, les médecins du travail, l'Agence Nationale pour l'Amélioration des Conditions de Travail (ANACT), l'Organisme Professionnel de Prévention du Bâtiment et des Travaux Publics (OPPBT) seront sollicités.

1.5 MIEUX CONNAÎTRE POUR MIEUX PRÉVENIR

Le Centre International de Recherche sur le Cancer (CIRC) localisé à Lyon, affilié à l'Organisation Mondiale de la Santé, a bénéficié d'un financement exceptionnel d'1 million d'€ en 2003 afin de soutenir toute une série de recherches sur les comportements à risques dans le domaine du tabac.

L'AFSSE sera doté d'un million d'€ afin d'une part de réaliser une veille scientifique permanente et d'autre part de financer des actions de recherche sur les facteurs de risques environnementaux. Ces crédits serviront également à financer un travail sur la caractérisation de l'exposition des populations aux substances cancérigènes, y compris en milieu professionnel, ainsi qu'une actualisation des valeurs toxicologiques de référence et des valeurs limites d'exposition de ces substances.

Plus généralement, l'objectif d'accroître les connaissances épidémiologiques sur le cancer via les registres, a donné lieu à des financements nouveaux : une subvention complémentaire de 2 millions d'euros a été accordée à l'InVS pour renforcer les registres généraux existants et pour créer de nouveaux registres dans les régions Nord, Aquitaine et Limousin.

L'InVS a aussi lancé une phase d'analyse de faisabilité pour la création d'un registre en Ile de France.

Face aux besoins croissants en épidémiologie, il est impératif de renforcer la concertation et les collaborations entre tous les acteurs de ce domaine :

- Ministères : de la Santé, du Travail, de l'Environnement et de la Recherche,
- Equipes de recherche : INSERM, CNRS, CIRC, INRS, universités, INERIS,
- Organismes de Santé Publique : InVS, AFSSE, ORS

En conclusion : si des caps importants ont été franchis, il n'en demeure pas moins que toute démarche en matière de prévention n'a de sens que si elle s'inscrit dans la durée. L'ensemble des avancées résumées ci-dessus devra être conforté par la poursuite d'une politique volontariste et pérenne.

9) DGS : Direction Générale de la Santé

10) DRT : Direction des Relations du Travail

11) DSS : Direction de la Sécurité Sociale

12) AFSSE : Agence Française de Sécurité Sanitaire Environnementale

13) INRS : Institut National de Recherche sur la Santé

14) INPES : Institut National de Prévention et Education pour la Santé

15) InVS : Institut de Veille Sanitaire

16) INSERM : Institut National de Santé et Recherche Médicale

2 DÉPISTAGE : SE DONNER TOUTES LES CHANCES

10

Un cancer diagnostiqué précocement augmente les chances de guérison et permet un traitement moins lourd. Favoriser l'accès à un dépistage de qualité est une démarche prioritaire du Plan Cancer. Des groupes techniques nationaux mis en place par la DGS sont chargés de l'élaboration des campagnes de dépistage et de leur suivi, leur évaluation relevant quant à elle de l'InVS.

2.1 LA GÉNÉRALISATION DU DÉPISTAGE ORGANISÉ DU CANCER DU SEIN EST EFFECTIVE

Depuis le 1er janvier 2004, le dépistage organisé du cancer du sein est mis en place sur tout le territoire, à l'exception de La Guyane²¹.

Toutes les femmes âgées de 50 à 74 ans (sept millions) vont pouvoir bénéficier gratuitement d'une mammographie, tous les deux ans. Cet objectif phare du Plan Cancer a été atteint grâce à une mobilisation exceptionnelle des professionnels de Santé, des services de l'Etat, des conseils généraux, de l'Assurance Maladie, du secteur associatif (Ligue et Comités féminins notamment). Il faut ici saluer l'action déterminante du groupe technique national présidé par le Dr Brigitte Seradour.

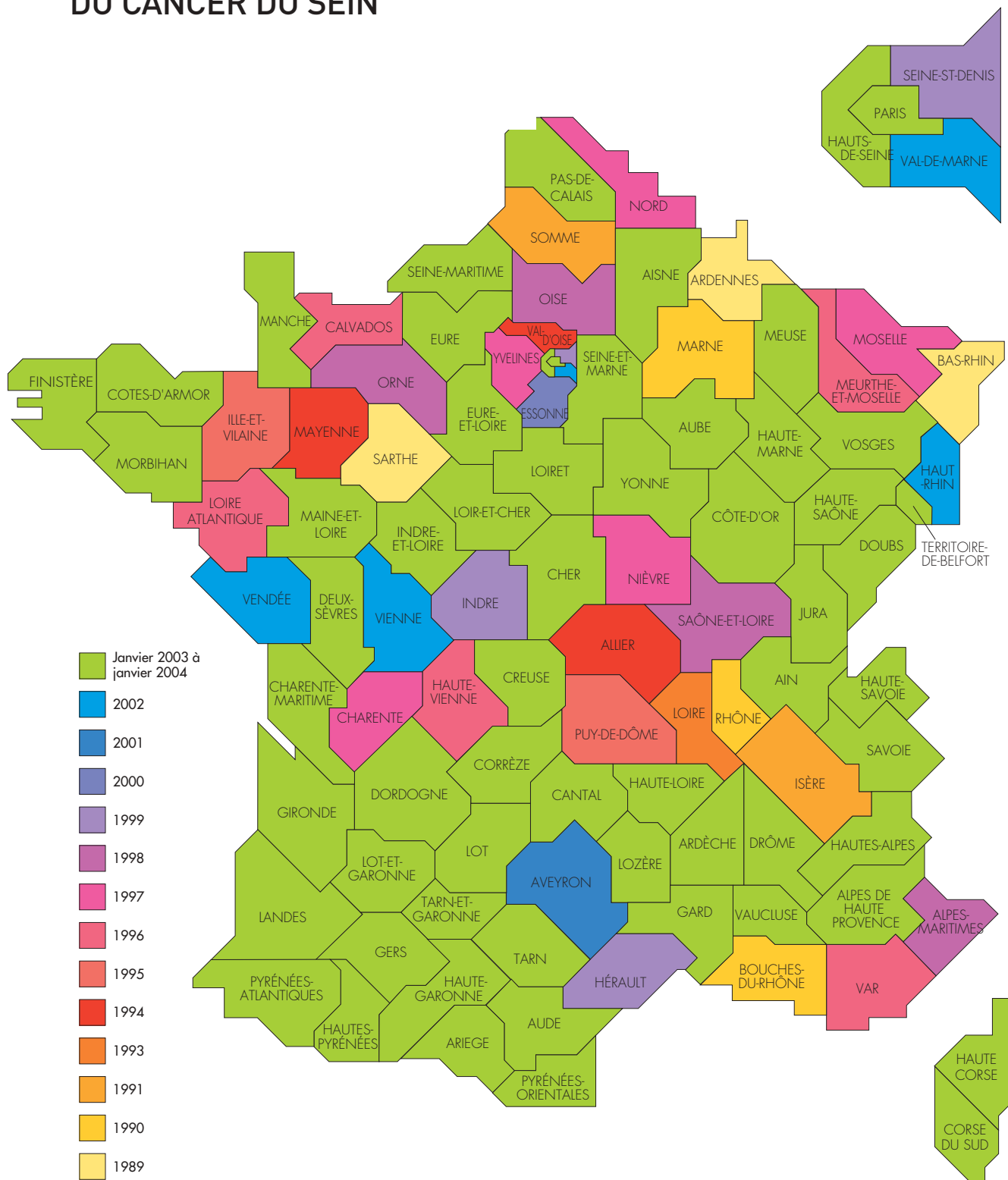
L'Etat y a consacré 18 millions d'euros en 2003. En moins d'un an, il a été fait d'avantage qu'au cours des dix années précédentes.

Désormais, l'accent doit être mis sur la nécessaire sensibilisation de toutes les femmes concernées en développant des approches tenant compte de la diversité des contextes régionaux et sociaux : l'objectif étant que 80 % d'entre elles, au moins, participent au dépistage.

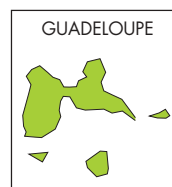
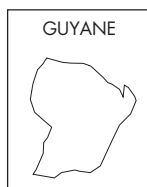
Selon les données fournies par les DRASS le taux de participation moyen des femmes au dépistage du cancer du sein pour l'année 2003 est de 30% (11 à 70% selon les départements). On trouve naturellement les pourcentages les plus faibles dans les régions où le dépistage a débuté tardivement. La campagne d'information et de sensibilisation lancée en 2003 par le ministère de la santé, l'assurance maladie et la Ligue, " rendez-vous santé plus " a été renforcée et se poursuit en 2004 par de nouveaux spots TV qui seront diffusés sur un large réseau.

21) Compte tenu des spécificités de ce département, il est nécessaire de prévoir un aménagement du dispositif et du cahier des charges pour assurer un meilleur accès au dépistage. De plus, une mise à niveau des équipements et des actions de formation est en cours dans cette région.

DÉPISTAGE DU CANCER DU SEIN



La Guyane n'est pas encore rentrée dans le dispositif pour des raisons techniques et fait l'objet de toute l'attention des services concernés.



Ces campagnes d'information devront être complétées par des actions plus ciblées mobilisant notamment associations, mutuelles, généralistes et services sociaux. Tout doit être fait pour que les actions d'information, destinées aux populations qui sont en situation de précarité ou qui sont mal informées, se multiplient. C'est la raison pour laquelle la Mission entreprendra dès le mois de septembre une très large mobilisation des femmes sur ce sujet en étroite concertation avec Régine Goinère du réseau des malades, experte bénévole de la MILC.

Création de l'observatoire de sénologie (voir aussi le chapitre " amélioration de la qualité des soins ")
Considérant l'importance du dépistage du cancer du sein, premier dispositif organisé en France, la Fédération Nationale des Médecins Radiologues (FNMR), a créé une structure nationale de recueil des données sur la pratique mammographique : l'observatoire de sénologie. Celui-ci est financé par le FAQSV. Il permettra notamment de connaître le nombre de praticiens impliqués, le nombre d'examens par praticien, le nombre de femmes concernées, leur distribution par tranche d'âge, les motifs d'examens, la distribution par département qui doit permettre de calculer le taux de couverture et l'attractivité des sites radiologiques, la part respective du dépistage organisé, individuel, des examens de suivi ou des examens pour risque génétique identifié, la nature des actes et la fréquence des associations d'actes (avec l'échographie par exemple).

2.2 L'EXPÉRIMENTATION DU DÉPISTAGE DU CANCER COLO-RECTAL

Le Plan Cancer préconise un dépistage du cancer colo-rectal chez les personnes âgées de 50 à 74 ans, tous les deux ans. L'académie des Sciences a réaffirmé l'importance de cette mesure. Actuellement, ce dépistage s'effectue par la recherche de sang occulte dans les selles à l'aide du test Hémocult (gratuit dans le cadre de ce dépistage). En cas de présence de sang, une coloscopie permet de préciser le diagnostic. Vingt-deux départements pilotes sont engagés dans l'expérimentation du dépistage organisé de ce cancer. Une première évaluation sera réalisée à la fin de l'année 2004 pour définir une stratégie nationale applicable d'ici à 2007.

2.3 DÉPISTAGE DU CANCER DU COL DE L'UTÉRUS

En 2000, le cancer du col de l'utérus (3 300 nouveaux cas diagnostiqués) a été à l'origine de 1000 décès. Ces décès sont évitables puisque pour ce cancer, la détection des affections précancéreuses est possible et que leur traitement évite l'apparition de la maladie. On est donc là, à proprement parler, dans le domaine de la prévention.

Le dépistage est basé sur l'analyse d'un frottis cervico-vaginal. Celui-ci peut être complété, en cas de frottis incertain, par l'utilisation d'un test de détection du papillomavirus. Depuis le 14 février 2004, ce test est pris en charge par l'assurance maladie. Pour sa part, l'ANAES²² a entrepris une actualisation de ses recommandations sur la cytologie en phase liquide, nouvelle approche qui semble améliorer la sensibilité de ce test.

Pour ce dépistage qui donne lieu à un nombre important, bien qu'insuffisant, de dépistages individuels, l'objectif du plan est que 80% des femmes entre 25 et 69 ans en bénéficient (16 millions de femmes sont concernées). Les données régionales concernant le taux de participation des femmes au dépistage du cancer du col de l'utérus sont parcellaires, car aucun dépistage systématique n'est pour l'instant envisagé. Cinq régions (Alsace, Bourgogne, Franche Comté, Basse Normandie et Pays de Loire) disposent d'informations précises sur ce taux qui est en moyenne de 25% avec des fluctuations de 10 à 38%. On est donc encore loin des objectifs fixés par le plan.

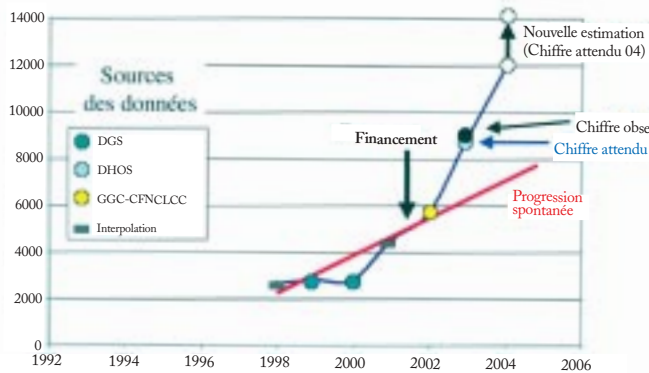
Des actions de sensibilisation couplées à celles développées dans le cadre du dépistage du cancer du sein devront être mises en place.

2.4 RENFORCEMENT DE L'ONCOGÉNÉTIQUE

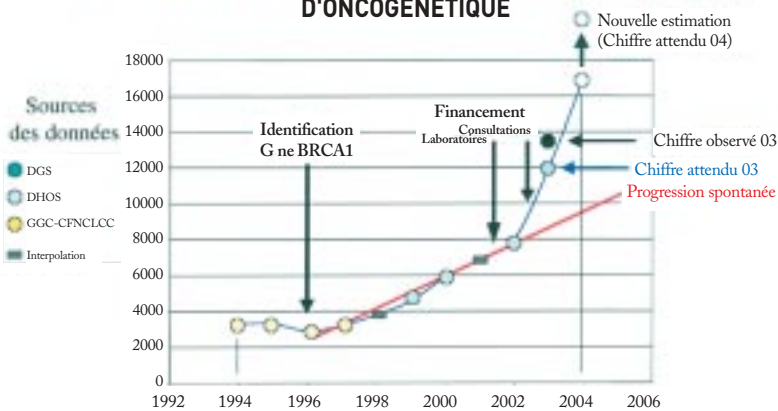
Le Plan prévoit d'accroître l'offre de conseils en oncogénétiques et d'accès aux tests de prédisposition génétique des formes familiales de cancer (5% des cancers). Depuis la fin de l'année 2002, 6,9 millions d'euros ont été affectés à 26 laboratoires qui se sont engagés à ce que plus de 12 000 tests soient effectués en 2003. En 2004, 15 000 tests pourront être effectués, couvrant ainsi la totalité des besoins de la population.

22] ANAES : Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé

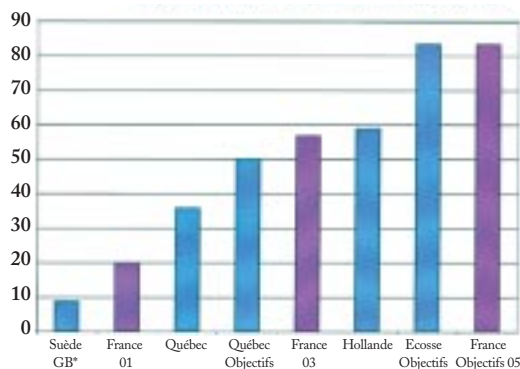
TESTS DE GÉNÉTIQUE MOLÉCULAIRE CONSTITUTIONNELLE EN CANCEROLOGIE



CONSULTATIONS D'ONCOGÉNÉTIQUE



COMPARAISON INTERNATIONALE Tests BRCA/Millions Habitants



Source des données : déclaration d'experts étrangers. les données Françaises sont celles d'enquêtes de la DHOS. Certains experts d'autres pays ont répondu mais ont demandé que leurs chiffres ne soient pas rendu publique.

- Les chiffres de la GB sont une estimation à partir de leurs indications de test.

Parallèlement, l'offre de consultations d'Oncogénétique a été doublée (2,3 millions d'euros ont été accordés en 2003). Toutes les régions administratives, à l'exception pour l'instant de la Picardie (en accord avec la région de Haute-Normandie qui les assure) vont ainsi disposer d'au moins une consultation d'Oncogénétique. La coordination entre ces actions est assurée par le Pr. François Eisinger. Des référentiels concernant l'Oncogénétique clinique vont être mis à disposition des professionnels.

Les graphiques ci-dessous montrent l'accroissement du nombre de consultations et de tests génétiques effectués en 2003-2004. Le nombre de tests réalisés en 2003 a ainsi pratiquement doublé par rapport à l'évolution attendue si il n'y avait pas eu d'impulsion spécifique.

L'enveloppe 2004 pour l'ensemble de ces actions s'élève à 3 millions d'euros. La reconnaissance de la profession de conseiller en Génétique prévu dans le projet de loi relative à la politique de Santé Publique va venir conforter le dispositif.

3 SOINS : ASSURER L'ÉQUITÉ D'ACCÈS À DES SOINS DE QUALITÉ

Assurer l'équité d'accès à des soins de qualité est un impératif dont la pierre angulaire est la coordination au sein des établissements (centre de coordination et concertation pluridisciplinaire), entre les établissements de haute technicité (constitués en pôle régional), entre la ville et l'hôpital grâce au fonctionnement en réseau. Le partage de l'information médicale inscrite dans le dossier dit " communiquant " est essentiel pour parvenir à ce qu'effectivement, chaque nouveau patient puisse bénéficier d'un parcours personnalisé de soin.

Le Plan Cancer est ainsi porteur de réorganisations profondes du système de soin. Sous l'égide de la DHOS, en partenariat avec les ARH, différents groupes de travail posent actuellement les bases de cette nouvelle organisation. Les prochains Schéma Régionaux d'Organisation des Soins intégreront ces orientations. D'ores et déjà les tableaux de bord régionaux de suivi du Plan Cancer permettent d'apprécier les premières avancées.

3.1 LE FONCTIONNEMENT EN RÉSEAUX

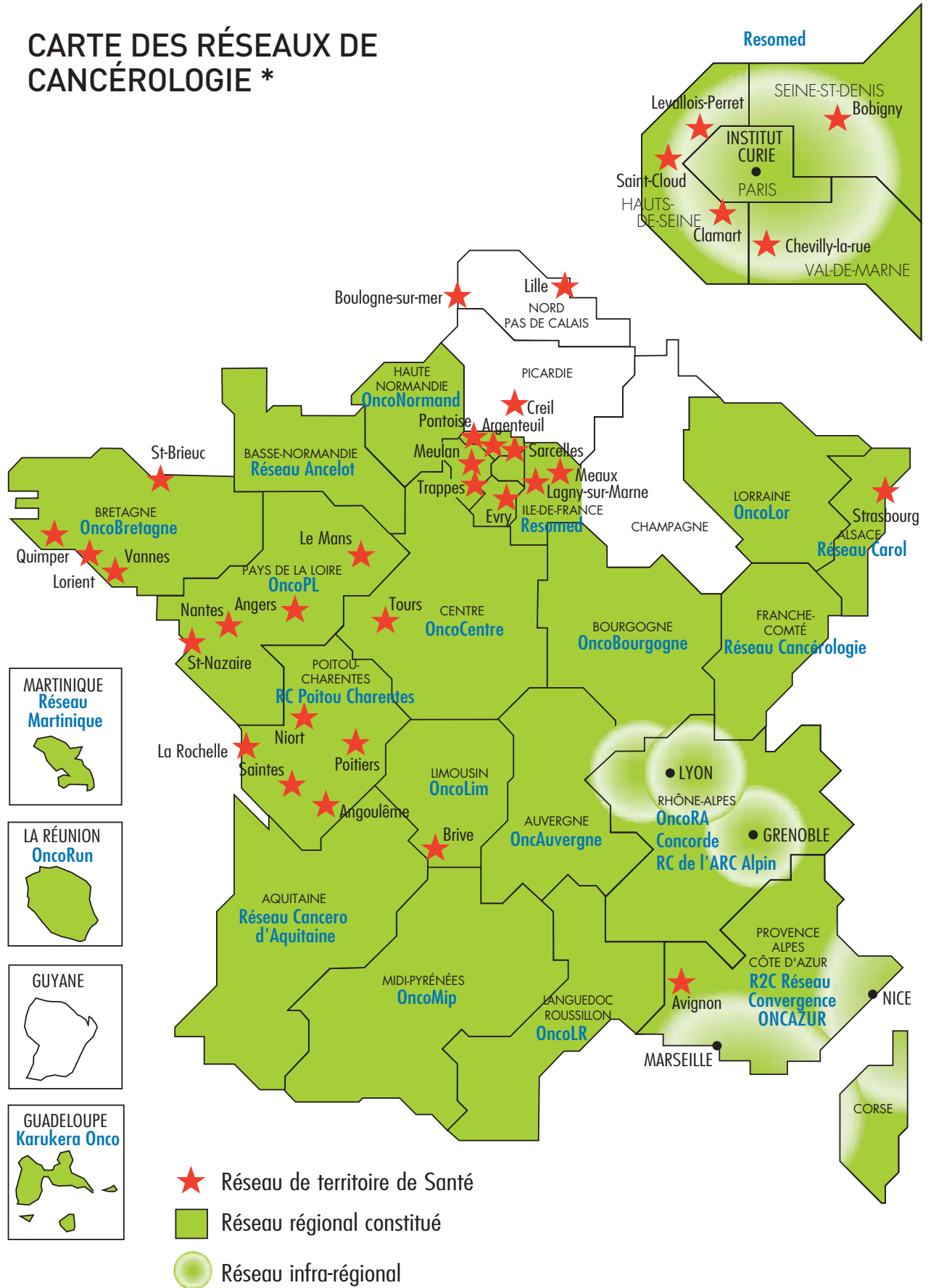
Les réseaux répondent aux exigences d'amélioration des bonnes pratiques, de coordination et de continuité des soins, d'information partagée et de concertation pluridisciplinaire. Cette évolution profonde des pratiques est particulièrement importante en cancérologie. Les réseaux doivent faciliter et renforcer la connexion entre la ville et l'hôpital, garantissant la continuité des soins et de l'accompagnement jusqu'à l'hospitalisation à domicile en associant tous les intervenants. L'organisation des soins ne peut, en effet, être pensée aujourd'hui en se limitant à l'hôpital. L'objectif est d'assurer la couverture de toutes les régions par le système de réseau et de permettre une prise en charge homogène des patients quel que soit leur lieu de résidence.

Depuis la circulaire de mars 1998, l'organisation des réseaux s'est progressivement mise en place, selon des modes assez divers. Un état des lieux du fonctionnement des réseaux a été réalisé par le Dr Philippe Bergerot, à la demande de la Mission.

Ces données, présentées le 7 mai 2004 à l'ensemble des responsables de réseaux et aux membres du groupe de travail " réseau " mis en place par la DHOS²³, sont présentées en annexe.

23) DHOS : Direction de l'Hospitalisation et de l'Offre de Soins

CARTE DES RÉSEAUX DE CANCÉROLOGIE *



*établie sur la base des réponses à l'enquête Réseaux (Tome III ; www.plancancer.fr)

En 2003, la dotation nationale de développement des réseaux a été doublée, passant de 23 à 46 millions d'euros. Elle sera de 125 millions d'euros en 2004. Cet effort profitera tout particulièrement aux réseaux régionaux de Cancérologie qui recevront un financement de 7,8 millions d'euros en 2004.

Favoriser l'implication des médecins généralistes :

Les conditions de création, au sein des réseaux de soins en cancérologie, d'un forfait de suivi par les médecins généralistes, des patients atteints de cancer lors des épisodes inter-hospitaliers font l'objet d'une réflexion engagée par la DHOS, la DSS²⁴ et la CNAMTS²⁵. Il pourrait être effectif, sous une forme expérimentale (liée par exemple à la phase pilote du dispositif d'annonce et du parcours personnalisé de soin) à partir de 2005.

3.2 DES PÔLES RÉGIONAUX DE CANCÉROLOGIE

Le pôle régional de Cancérologie va permettre à chaque région de disposer d'une structure de référence et de recours hautement spécialisée bien identifiée. Le patient pourra y trouver, à tel ou tel moment de son traitement, les soins très spécialisés dont il aura besoin. Le pôle associera principalement les centres hospitaliers universitaires (CHU) et les centres de lutte contre le cancer (CLCC) et, le cas échéant, des établissements hautement spécialisés (publics et privés). Ces établissements mettront en cohérence les objectifs et les pratiques médicales, les plateaux techniques de haut niveau, les ressources en matière de recherche et d'enseignement et favoriseront le développement de thérapies innovantes.

Les textes qui vont permettre la constitution des pôles régionaux de Cancérologie sont en cours d'élaboration avec le concours de tous les acteurs associés dans les différents groupes de travail mis en place par la DHOS. Les ARH seront chargées de les mettre en place d'ici à la fin de l'année.

D'ores et déjà, un accord-cadre entre les CHU et la FNCLCC²⁶ est finalisé et servira de base à la constitution de ces pôles.

3.3 DES CENTRES DE COORDINATION EN CANCÉROLOGIE

L'identification de Centres de Coordination en Cancérologie (3C) dans chaque établissement traitant des patients atteints de cancer doit permettre d'organiser et de coordonner le parcours du patient

dans une approche multidisciplinaire. Les 3C doivent ainsi assurer la coordination des médecins au sein de l'établissement, en particulier lors des réunions de concertation pluridisciplinaire, garantir la qualité et le caractère effectif du Programme Personnalisé de Soins (PPS) et assurer le lien avec les réseaux. Ils seront un point de repère pour le patient à tout moment de son traitement.

Des centres répondant à ces objectifs fonctionnent déjà dans un certain nombre d'établissements, notamment dans les principaux centres de lutte contre le cancer.

Compte tenu de la diversité des types d'établissements dans lesquels ils doivent s'implanter et conformément aux principes de nouvelle gouvernance, la mise en place est prévue sous forme de **contrats d'objectifs**, laissant à chaque établissement la responsabilité d'adopter les modalités de fonctionnement correspondant à ses spécificités. Ces contrats doivent être signés dès 2004. Une évaluation du respect des engagements pris par les établissements sera engagée dès 2005.

3.4 AMÉLIORATION DES PRATIQUES MÉDICALES

L'amélioration de la prise en charge des patients nécessite la production et la diffusion des recommandations de pratique clinique mais aussi l'évaluation de leur impact. Différentes structures sont impliquées dans ce type d'évaluation.

L'ANAES²⁷ met en place des conférences de consensus et permet l'élaboration de recommandations professionnelles. Elle procède également à l'évaluation des pratiques médicales et technologiques.

Pour l'année 2004, les actions de l'ANAES en rapport avec le Plan Cancer ont bénéficié d'un budget de 2,7 millions d'euros.

Les études réalisées en 2003 ont porté notamment sur :

- La grossesse et le tabac,
- La pertinence du dépistage du cancer du sein chez les femmes de 40 à 49 ans,
- La place de la recherche du papillomavirus dans la stratégie du dépistage du cancer du col de l'utérus.

24) DSS : Direction de la Sécurité Sociale

25) CNAMTS : Caisse Nationale d'Assurance-Maladie des Travailleurs Salariés

26) FNCLCC : Fédération Nationale des Centres de Lutte contre le Cancer

27) ANAES : Agence Nationale d'Accréditation et d'Évaluation en Santé

Des recommandations professionnelles ont été diffusées en 2003 sur les sujets suivants :

- Conduite à tenir devant une patiente ayant un frottis cervico-utérin anormal,
- Critères d'éligibilité des patients à une chimiothérapie anticancéreuse à domicile et son évaluation économique,
- Modalités de prise en charge de l'adulte nécessitant des soins palliatifs,
- Accompagnement des personnes en fin de vie et de leurs proches.

Des études portant sur la nomenclature des actes professionnels sont également réalisées par l'ANAES.

Les données détaillées transmises par l'ANAES concernant l'ensemble de leur actions en 2003 dans le cadre du Plan Cancer sont consultables sur le site www.plancancer.fr

Les bonnes pratiques en matière de prise en charge du cancer du sein

Compte tenu de la montée en puissance du dépistage du cancer du sein, et par conséquent du nombre de patientes dépistées nécessitant une prise en charge diagnostique complémentaire et/ou thérapeutique, il est important d'assurer une équité d'accès à une prise en charge de qualité sur tout le territoire. C'est dans cet esprit que la DHOS²⁸ a demandé à la SFSPM²⁹ une réflexion sur les conditions d'amélioration des pratiques et de la prise en charge des femmes dépistées.

La DHOS est aussi à l'origine d'une étude visant à évaluer, dans différentes régions de France, l'utilisation des bonnes pratiques de prise en charge du cancer du sein et à identifier les éventuels facteurs de disparités. De cette étude ressort la nécessité de mettre en place un contenu standard minimum des informations devant figurer dans le dossier médical (fiche standardisée) et de clarifier les recommandations de bonnes pratiques cliniques.

Une étude du même type est mise en place pour la prise en charge du cancer du colon.

3.5 RENFORCEMENT DE L'ONCOPÉDIATRIE

La prise en charge des enfants atteints d'un cancer nécessite un environnement thérapeutique et social spécifique. La circulaire d'organisation des soins en Cancérologie Pédiatrique du 29 mars 2004 prévoit 2 niveaux complémentaires d'organisation des soins :

Au niveau régional :

Un ou plusieurs centres de Cancérologie Pédiatrique, identifiés par les ARH³⁰, doivent assurer et coordonner

la prise en charge des cancers de l'enfant. Ils doivent répondre à des critères exigibles, formalisés dans la circulaire et animer un réseau régional centré sur la continuité des soins avec les services de Pédiatrie et les professionnels intervenant au domicile.

Au niveau interrégional et/ou national :

L'identification des centres constituants des sites de référence et d'expertise sera réalisée dans un deuxième temps et ils verront leurs moyens renforcés.

Enfin il reviendra à l'INCa, comme l'a récemment rappelé le ministre de la santé, de favoriser par des financements et programmes de recherche adaptés, l'émergence de traitements spécifiques des cancers de l'enfant dès 2005.

3.6 HOSPITALISATION À DOMICILE

Lorsqu'il peut être proposé en toute sécurité, le traitement à domicile constitue pour beaucoup de patient un élément important d'amélioration de leur qualité de vie. La modification progressive des voies d'administration des médicaments cytotoxiques, et notamment l'introduction récente de chimiothérapies par voie orale, va en permettre l'essor au cours des prochaines années.

En 2003, l'ANAES³¹ a publié des règles de bonnes pratiques et de critères d'éligibilité des patients à la chimiothérapie à domicile. Un groupe de travail est en train de finaliser les recommandations pour l'organisation de ces chimiothérapies, en particulier concernant l'acheminement des produits, l'administration de la chimiothérapie et la gestion des déchets qui en résultent.

Dès cette année, des modifications législatives et réglementaires sont apportées pour en permettre le plein développement et des financements permettent d'accroître l'offre d'HAD. L'ordonnance de simplification administrative du 4 septembre 2003 permet désormais de développer des capacités supplémentaires en hospitalisation à domicile (HAD).

Seize millions d'euros en 2004 et 50 millions d'euros en 2005 doivent prioritairement permettre de créer ou renforcer les structures d'HAD dans les zones actuellement sous-dotées (33 départements en 2002 ne comptaient pas de places d'HAD). Au total, par création ou reconversion, l'objectif est d'atteindre 8 000 places d'HAD, dont 2 000 pour le cancer, d'ici

28) DHOS : Direction de l'hospitalisation et de l'Organisation des Soins

29) SFSPM : Société Française de Sénologie et Pathologie Mammaire

30) ARH : Agence Régionale de l'Hospitalisation

31) ANAES : Agence Nationale d'Accréditation et d'Évaluation en Santé

à 2007. Entre 2002 et 2003, d'après les données fournies par les DRASS, le nombre total de places en HAD est passé de 4306 à 4522, soit une augmentation de 5% environ. Le détail par région est reporté dans le tableau suivant.

3.7 SOINS DE SUPPORT : PSYCHO-ONCOLOGIE, TRAITEMENT DE LA DOULEUR, SOINS PALLIATIFS

Psycho-oncologie

Améliorer les conditions de prise en charge psycho-oncologique des patients atteints de cancer tout au long de la maladie, nécessite d'augmenter le nombre de psycho-oncologues mais aussi d'apprécier les besoins selon les régions. L'objectif posé par le Plan est de parvenir à la présence d'un psycho-oncologue temps plein pour 1500 nouveaux patients. Pour affiner l'analyse des besoins, une enquête sur les pratiques en psycho-oncologie et les besoins en personnel a été menée par le Dr Daniel Serin et la Société Française de Psycho-oncologie à la demande de la Mission. Les résultats de cette enquête sont présentés en rapport annexé.

Le budget 2004 concernant les soins de support en psycho-oncologie est de 3,2 millions d'euros ce qui correspond à la création de 100 postes de psycho-oncologues. D'après les données régionales issues des DRASS, 17 postes plein temps de psycho-oncologues ont déjà effectivement été créés en 2003 sur l'ensemble des régions et 65 postes seront pourvus en 2004. Les données de l'enquête réalisée seront mises à la disposition des ARH.

Traitement de la douleur

Dans le cadre du renforcement du nombre des structures, 16 nouvelles consultations ont été financées par un million d'euros en 2004 dans les départements qui en étaient dépourvus. De plus, l'accès aux médicaments classés stupéfiants va être simplifié et des fiches pédagogiques sur la prise en charge de la douleur cancéreuse vont être distribuées en 2004 aux professionnels de santé. La Fédération nationale des centres de lutte contre le cancer (FNCLCC) a pour sa part publié en avril 2004 de nouvelles recommandations sur l'évaluation de la douleur chez l'adulte et l'enfant atteints d'un cancer qui fournissent un véritable guide pratique des outils disponibles et de leur utilisation dans la pratique clinique. Concernant la prise en charge de la douleur, une enquête est en cours pour apprécier l'adéquation entre les structures existantes et les attentes des patients et des professionnels de Santé.

Soins palliatifs

Le développement des soins palliatifs est une priorité avec le renforcement des capacités d'accueil dans les établissements de santé - lits identifiés, équipes mobiles et unités de soins, et le développement de l'HAD. A la fin de l'année 2003, 56% du territoire (y compris les DOM) était couvert par un réseau de soins palliatifs avec des disparités selon les régions (seulement 10 régions totalement couvertes par le réseau et 5 régions couvertes à plus de 50%). Six régions n'avaient pas encore de réseau régional de soins palliatifs. Le développement de soins palliatifs à domicile s'intègre dans la politique de développement des réseaux et nécessite le développement de la prise en charge de ces malades dans le cadre de l'hospitalisation à domicile. La formation continue des personnels médicaux et paramédicaux aux soins palliatifs est depuis 2004 une priorité au niveau national.

En 2003 les soins palliatifs ont été financés à hauteur de 10 millions d'euros. Pour l'année 2004 le budget est de 4,5 millions d'euros et se traduira par la création de 4 unités de soins palliatifs au sein de pôles régionaux en cancérologie, de 8 équipes mobiles de soins palliatifs (EMSP) dans les régions les moins pourvues et par le renforcement en effectifs médicaux ou paramédicaux de 6 autres EMSP. A cela s'ajoute la reconversion de 146 lits en " lits identifiés " de soins palliatifs.

Les tableaux suivants (page 20) résument l'offre de soins palliatifs par région.

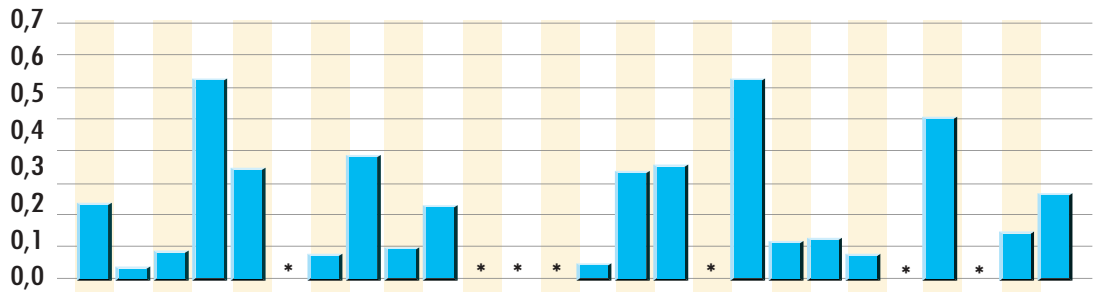
3.8 DOSSIER COMMUNIQUANT

Une meilleure organisation des soins autour du patient nécessite la généralisation du "dossier communiquant" qui permet la transmission entre tous les professionnels concernés des données relatives à la prise en charge du patient, quel que soit le lieu de traitement. Ce dossier doit être accessible aux médecins libéraux, généralistes et spécialistes, comme aux patients. La mise en place de cet outil d'information est en fait indissociable de l'organisation des soins en réseau. Il ne se limite donc pas au seul contexte hospitalier, la difficulté étant d'opter pour un système d'informations des données partagées suffisamment polyvalent.

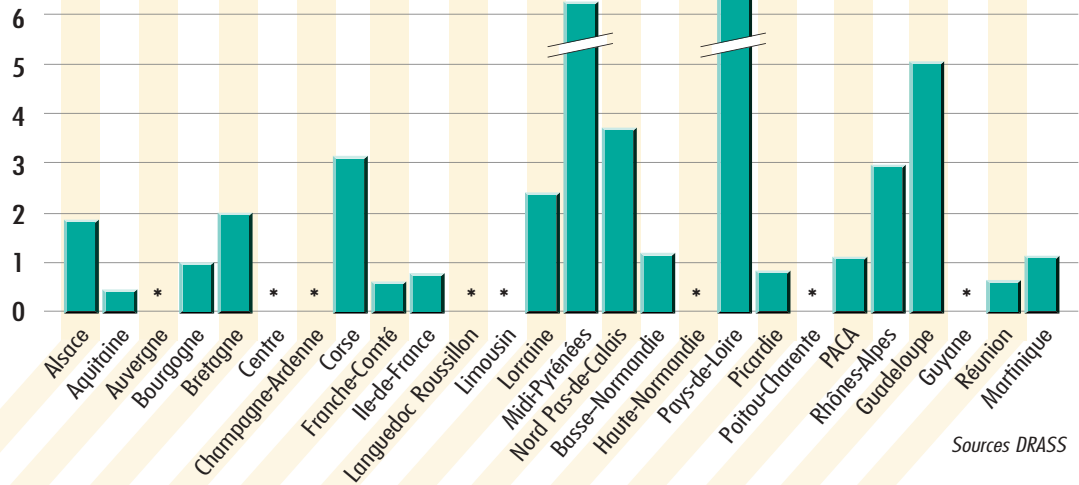
Une première étape - indispensable - est de définir les caractéristiques de ce dossier, de telle sorte qu'il réponde véritablement aux besoins des différents intervenants et que ceux-ci puissent se l'approprier pleinement.

RÉPARTITION DES DIFFÉRENTES STRUCTURES DE SOINS PALLIATIFS PAR RÉGION EN 2003

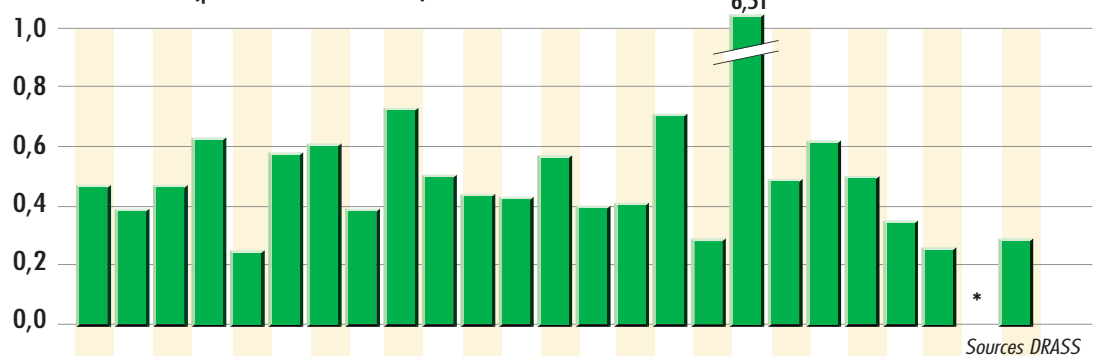
NOMBRE D'UNITÉS DE SOINS (pour 100 000 habitants)



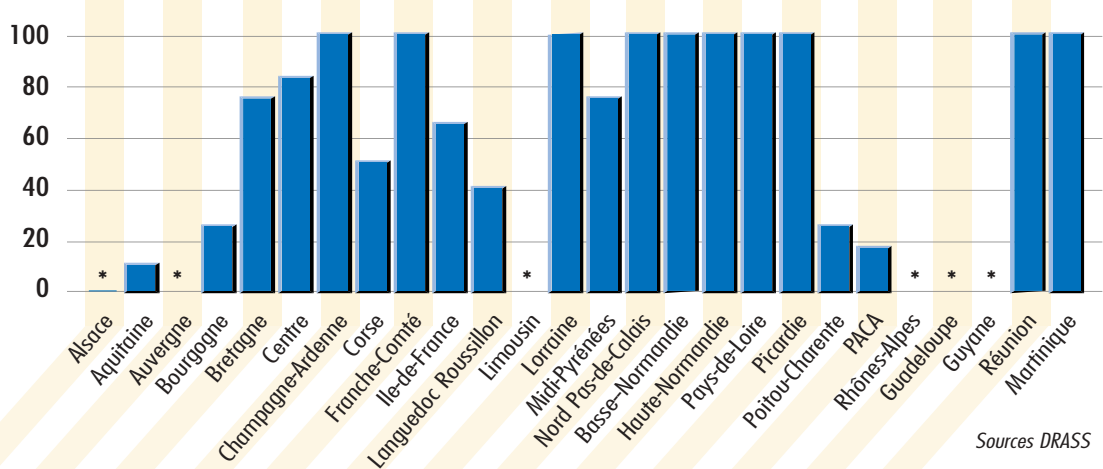
NOMBRE DE LITS IDENTIFIÉS SOINS PALLIATIFS (pour 100 000 habitants)



NOMBRE D'UNITÉS MOBILES (pour 100 000 habitants)



TAUX DE COUVERTURE PAR LE RÉSEAU EN %



* Zéro ou non renseigné

Quatre régions pilotes et volontaires ont été sélectionnées pour procéder à cette expérimentation (Pays de Loire, Basse-Normandie, Aquitaine, Réunion). L'expérimentation concerne dans un premier temps la télétransmission de la fiche de réunion de concertation pluridisciplinaire. Une première version de fiche anatomopathologique standardisée, proposée par la Société Française d'Anatomopathologie, sera après évaluation intégrée. La généralisation du dispositif est prévue au plus tard pour 2007.

Le dossier communiquant est une priorité ministérielle. L'expérimentation en cours dans le domaine de la Cancérologie va contribuer à en accélérer le développement.

3.9 DISPOSITIF D'ANNONCE

L'annonce de la maladie comme des rechutes éventuelles doit bénéficier de conditions optimales pour que ces étapes donnent aux patients et aux professionnels de santé la possibilité d'être partenaires de ce combat partagé. C'est une demande prioritaire des malades fortement exprimée lors des Etats généraux du cancer.

L'expérimentation en cours s'articule autour de trois temps dont deux médicaux :

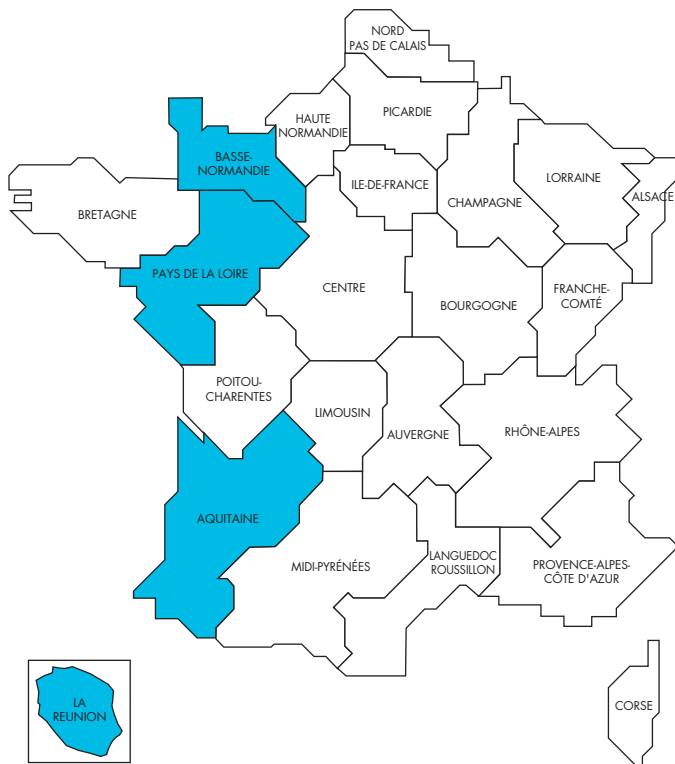
- 1- l'annonce du diagnostic de cancer
- 2- la proposition d'une stratégie thérapeutique, telle qu'elle a été définie lors de la réunion de concertation pluridisciplinaire. Ce projet thérapeutique est présenté au patient et la décision thérapeutique, comprise et acceptée par le malade, est ensuite formalisée par écrit et remise au malade sous forme d'un parcours personnalisé de soins.
- 3- La mise à disposition d'une équipe soignante. L'infirmier et/ou le psychologue assureront un lien avec une assistante sociale. Le bilan social initial, trop souvent sous estimé, s'avère en effet important pour aider à améliorer la qualité de vie du patient.

Ce cahier des charges a été réalisé en s'appuyant sur des travaux conduits par le Ministère de la Santé et la Ligue nationale contre le cancer.

Trente sept projets, dont sept concernant des réseaux, démarrent cette expérimentation qui implique 58 établissements et concernera près de 30 000 nouveaux patients en 2004. Un budget total de 3,13 millions d'euros est consacré à cette action. L'évaluation de ce dispositif d'annonce sera réalisée à la fin de l'année 2004 avant sa généralisation à l'ensemble du territoire.

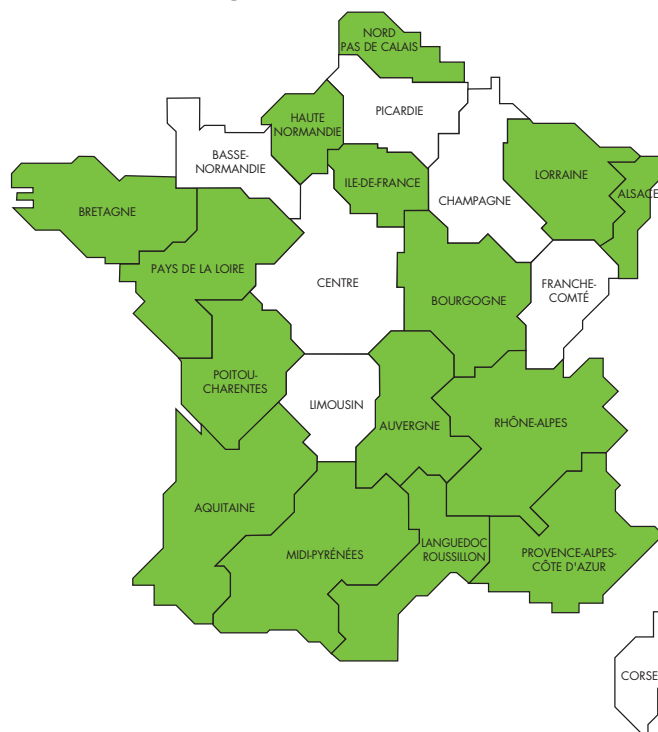
LE DOSSIER COMMUNIQUANT

→ 4 régions pilotes ont été sélectionnées



EXPÉRIMENTATION DU DISPOSITIF D'ANNONCE

→ 58 établissements concernés dans 15 régions



Cette expérimentation est particulièrement importante puisque, au delà de l'annonce, se trouvent incluses, la concertation pluridisciplinaire, la mise en place du parcours personnalisé de soin et la connexion médico-sociale.

3.10 EQUIPEMENTS LOURDS

3.10.1 Radiothérapie

La rénovation du parc d'équipement en radiothérapie est un axe prioritaire du Plan Cancer, d'une part pour permettre aux patients de bénéficier d'appareils modernes assurant la qualité et la sécurité des soins et, d'autre part, pour réduire les délais d'attente.

Cette mesure du Plan Cancer est intégrée dans le Plan "Hôpital 2007" de relance de l'investissement hospitalier. Dans ce cadre, les programmes régionaux prévoient dès à présent, et sur toute la durée du Plan, l'installation de 112 accélérateurs de particules. Cette opération viendra à la fois remplacer les 82 appareils anciens ("cobalts" et accélérateurs autorisés avant 1991) et accroître l'offre globale de 40 nouveaux équipements. Pour l'installation de chaque accélérateur supplémentaire (10 régions concernées en 2004), un financement supplémentaire de 130 000 euros par machine sera accordé pour assurer son fonctionnement (1/2 temps plein de radiothérapeute et de radio-physicien, 1 manipulateur radio).

Pour favoriser l'attractivité de la filière et améliorer les conditions de formation, la rémunération des stagiaires, dès la promotion 2003-2004, a été prévue (actuellement, 19 stagiaires radiophysiciens sont en formation dans 17 services validants (13 CLCC, 3 CHU, 1 CHR).

Réalisée en novembre 2003, une étude du SNRO³⁴ sur le renforcement de la radiothérapie en France confirme que la modernisation des plateaux techniques et le remplacement des machines obsolètes progresse rapidement. Par contre, 80% des centres présentent une surcharge de travail (temps de travail journalier > 12 H et/ ou délai de rendez-vous supérieur à 30 jours). Compte tenu de l'augmentation prévisible du temps d'utilisation des machines (augmentation de l'incidence des cancers, traitements plus longs, maintenance), il est nécessaire de poursuivre l'effort de renforcement de la radiothérapie. Le SNRO, en partenariat avec la SFRO³⁵ devrait mettre en place d'ici la fin 2004 un observatoire des plateaux techniques et des délais de prise en charge

qui constituera un tableau de bord, régulièrement actualisé, de l'état de la radiothérapie privée en France.

En outre la Mission d'Audit Hospitalière a fait de l'organisation de la radiothérapie l'un de ses champs d'investigation prioritaire.

3.10.2 Imagerie de diagnostic et de suivi des cancers

Un TEP par région en 2004 : l'atteinte de cet objectif ambitieux permet à la France de rattraper son retard par rapport à la moyenne européenne.

Au total, 55 autorisations d'installation ont été délivrées à des centres hospitaliers universitaires ou non (35), à des centres de lutte contre le cancer (15) et à des établissements privés (5). A la fin de l'année 2003, 25 équipements fonctionnaient et 15 à 20 TEP supplémentaires devraient être opérationnels en 2004. L'objectif inscrit dans le Plan Cancer pour la fin 2007 d'atteindre un nombre total de 60 TEP a été porté ultérieurement à 75, soit 1 TEP pour 800 000 habitants. Il est à noter que l'augmentation de ces équipements est dépendante de l'implantation des cyclotrons qui produisent le radiopharmaceutique (18 FDG). Près de 5 millions d'euros ont été consacrés en 2003 au financement de la fabrication du 18 FDG. Sept sites de production sont actuellement fonctionnels et 4 nouveaux sites sont envisagés.

Le nombre d'IRM et de scanner va aussi augmenter. Cent trente-sept nouveaux équipements d'imagerie (69 scanners et 68 IRM) sont inscrits dans les investissements régionaux du Plan "Hôpital 2007". L'augmentation du parc d'imagerie concernera en premier lieu les hôpitaux ayant une activité de cancérologie et devra permettre la mise à niveau des DOM. Le suivi de ces investissements est assuré par la Mission à l'Investissement National Hospitalier (MAINH), avec laquelle la DHOS et MILC sont en lien étroit pour s'assurer du respect des engagements du Plan Cancer.

3.11 OFFRIR L'ACCÈS LE PLUS LARGE À L'INNOVATION DIAGNOSTIQUE ET THÉRAPEUTIQUE

L'accès aux dispositifs coûteux et innovants nécessite un effort financier très important. Le programme national de soutien aux innovations diagnostiques et thérapeutiques coûteuses (STIC) a permis de soutenir en 2002 et 2003 différents projets, pour un montant de 12,5 millions d'euros.

Ainsi, cinq projets nouveaux démarrent en 2004 dont deux concernent des méthodes de diagnostic et trois,

34) SNRO : Syndicat National des Radiothérapeutes Oncologues
35) SFRO : Société Française de Radiothérapie Oncologique

Equipements lourds

> TEP, TEDC, Cyclotrons

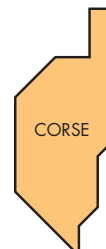
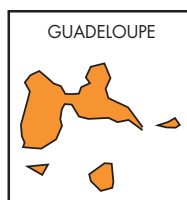
TEP - Tomographie par émission de positons
 TEDC - Tomographie par émission de coïncidence

- TEP autorisées et/ou installées (47)
- TEDC installées connues (8)
- ▲ Cyclotrons opérationnels (8)



Population (99) : habitants

□	5 854 422
□	7 811 053
□	8 114 010
□	9 330 643
□	14 016 280
□	15 059 776



des thérapies. Le projet de structuration et d'organisation en réseaux régionaux des activités de biologie innovatrice en onco-hématologie (cytologie moléculaire) va permettre de mettre en place des contrôles de qualité nationaux et d'identifier les établissements ayant un volume d'activité suffisant. Il permettra également de mettre en commun des procédures et des outils informatiques.

3.12 AMÉLIORER L'ACCÈS AUX TRAITEMENTS LES PLUS ONÉREUX

Un des objectifs du Plan Cancer est d'offrir au patient les traitements les plus appropriés, quel que soit le lieu où il est pris en charge : secteur public ou privé.

Dès 2004, dans le cadre de la mise en place de la tarification à l'activité (T2A), un nouveau mode de financement des molécules onéreuses identique pour tous les établissements, est proposé. Ces traitements sont financés en fonction du coût réellement supporté par l'établissement, en contrepartie d'un engagement à respecter un contrat de bon usage du médicament. La liste des molécules financées selon ce procédé (médicaments anti-cancéreux ou utilisés pour d'autres pathologies importantes) est diffusée auprès des ARH³⁶ par voie de circulaire. En 2004, 40 millions d'euros supplémentaires sont consacrés au financement des traitements onéreux du cancer, en plus des 50 millions d'euros déjà consacrés en 2003 pour renforcer ce poste de dépenses.

Cancérologie et tarification à l'activité

La tarification à l'activité aligne les ressources des établissements publics et privés sur leur stricte activité. Trois pôles de financement sont individualisés :

- le financement lié directement à l'activité de l'établissement (séjour hospitalier, consultation...), prix "catalogue" pour un séjour d'hospitalisation en fonction de la pathologie traitée. Ceci constituera la première source de financement de l'établissement,
- le financement mixte lié au fonctionnement des urgences, aux prélèvements d'organes, aux équipes mobiles de soins palliatifs qui bénéficieront d'un forfait annuel,
- une dotation pour le financement des missions d'intérêt général et d'aide à la contractualisation (MIGAC), qui regroupe notamment l'enseignement, la recherche, l'innovation et le rôle de recours.

3.13 RENFORCEMENT DES TUMOROTHÈQUES

L'évolution des traitements médicaux du cancer laissera probablement une place croissante à une adaptation tenant compte des caractéristiques génomiques de chaque tumeur. Pour que les structures de soins soient en mesure de conserver des échantillons tumoraux dans de bonnes conditions, un effort a donc été engagé depuis 2002 pour constituer un réseau de tumorothèques, en créant de nouveaux sites de conservation et en renforçant ceux qui existent déjà. L'objectif du plan est de mettre en place 50 tumorothèques supplémentaires d'ici 2005 pour atteindre un potentiel d'environ 80 lieux de conservation.

En 2003, 2,5 millions d'euros ont été affectés à la création de 45 nouveaux sites et au renforcement de 10 sites existants.

En 2004, cette action sera poursuivie dans la même logique et à hauteur de 4,5 millions d'euros. Seront notamment prises en considération les tumorothèques gérées par les pôles régionaux de cancérologie en lien avec les cancéropôles. Un effort particulier a été entrepris pour améliorer les systèmes d'information en vue d'assurer le fonctionnement en réseau des tumorothèques.

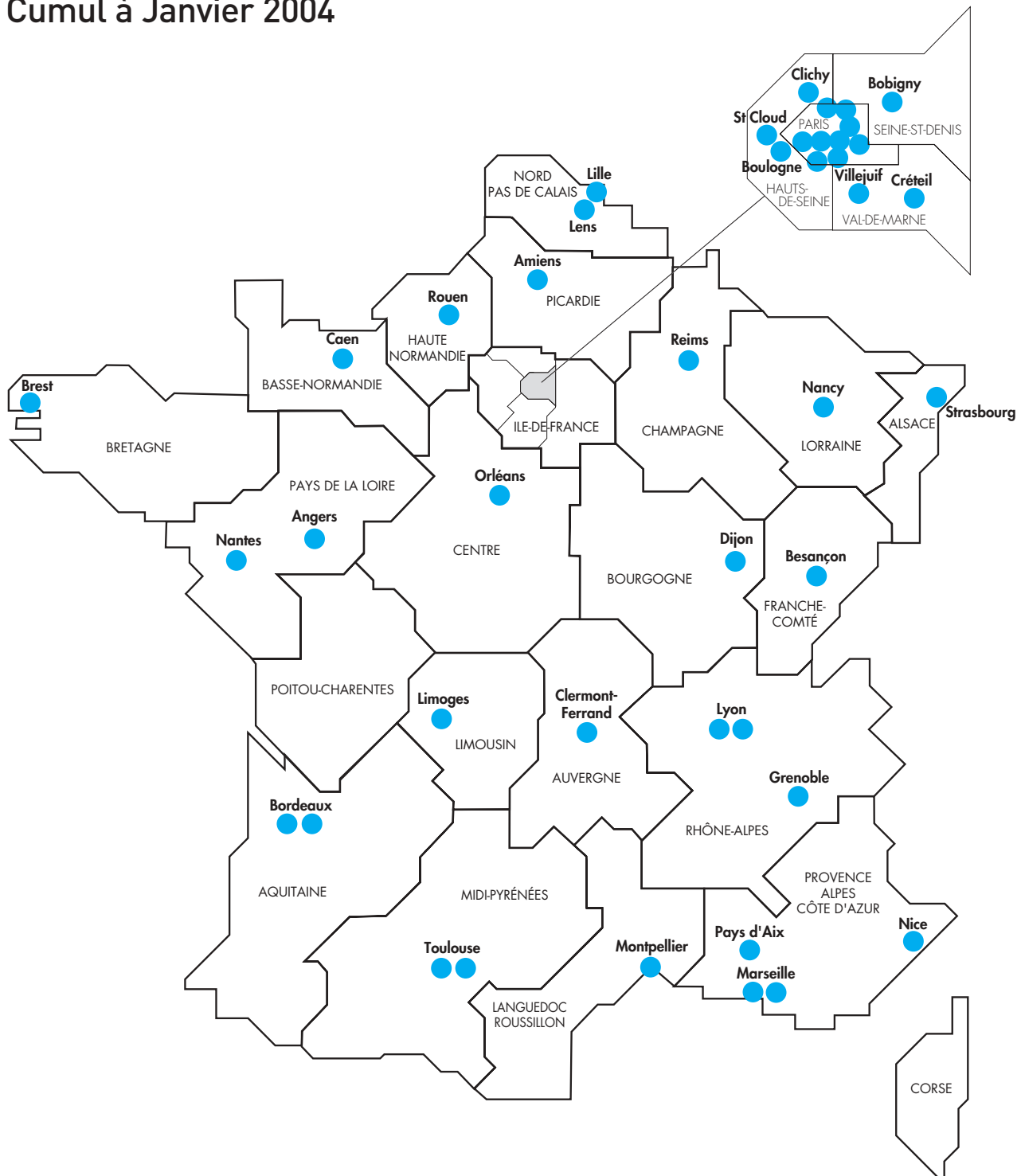
3.14 DES MESURES ADAPTÉES À LA SITUATION DES DOM/TOM

En raison des particularités géographiques des départements d'Outre Mer, des dispositions spécifiques concernant la répartition des équipements et des moyens humains, les filières de prises en charge et les modalités de déplacement des patients pour des soins très spécialisés sont nécessaires. Il s'agit de moderniser l'offre de soins, de mettre en réseau autant que possible les dispositifs existants dans les différents départements et, enfin, d'organiser une complémentarité interrégionale. Le parc d'imagerie et de radiothérapie va être mis à niveau dans le cadre du Plan "Hôpital 2007". En plus des mesures thématiques du Plan Cancer qui s'appliquent à toutes les régions, les ARH vont recevoir dès cette année des montants spécifiques pour leur permettre de financer les priorités qu'elles auront identifiées en Cancérologie.

Des financements ciblés seront également inscrits dans les projets de loi de financement de la Sécurité Sociale de 2005 à 2007.

TUMOROTHÈQUES HOSPITALIÈRES BÉNÉFICIAIRES DU PROGRAMME DE SOUTIEN DE LA DIRECTION DE L'HOSPITALISATION ET DE L'ORGANISATION DES SOINS (DHOS)

Cumul à Janvier 2004



4 VOLET SOCIAL ET INFORMATION :

NE PAS AJOUTER À L'ÉPREUVE DE LA MALADIE CELLE DE L'EXCLUSION SOCIALE

Les actions du Plan Cancer dans le domaine social sont essentielles pour les patients : elles doivent leur permettre de mener une vie active aussi normale que possible et d'être aidés dans leurs différentes démarches.

4.1 ACCÉLÉRATION DE L'APPLICATION DE LA CONVENTION BELORGEY

On évalue à 2 millions le nombre de personnes vivant avec un cancer en France dont 5 à 10% pourraient souscrire des emprunts chaque année s'ils se savaient assurables. Le plan cancer inscrit notamment comme priorité de donner aux patients toutes les possibilités de mener une vie active aussi normale que possible, afin de ne pas ajouter à l'épreuve de la maladie celle de l'exclusion sociale. Renforcer l'accès des patients aux prêts bancaires et aux assurances fait l'objet de la mesure 54 qui prévoit d'améliorer l'accès des patients et de leur famille aux dispositions issues de la Convention relative à l'assurance (Convention Belorgey).

Partant du constat que les malades, premiers concernés par ce dossier n'étaient pas encore suffisamment intégrés dans les discussions, la mission a donc demandé à un représentant du réseau des malades et de la Ligue, Patrick Ferrer et à François Bunel (experts bénévoles), de suivre en particulier ce dossier et de travailler, dans un premier temps, à une meilleure information des malades sur les droits contenus dans la Convention Belorgey.

En complément, afin de sensibiliser les principaux acteurs à la bonne application de la Convention, la Mission a confié à Josette Fourrier (expert bénévole) le soin de rencontrer les principaux présidents de banques et de compagnies d'assurance.

Les premières avancées sur ce travail :

Information :

Le dispositif d'information du public sur les possibilités ouvertes par la convention va encore être renforcé. Dans un souci de plus grande lisibilité, une refonte du dépliant d'information a été engagée et est en phase de finalisation. Le document est réalisé par la Fédération Bancaire Française en collaboration avec des associations de consommateurs et de malades, la Fédération Française des Sociétés d'Assurances (FFSA) et la MILC. Cette brochure d'information va être largement diffusée, des affiches vont être apposées dans les services sociaux, les hôpitaux et tous les lieux fréquentés par les malades. Une plate-forme

téléphonique viendra compléter ce dispositif d'information.

Dans le cadre de la convention, il a été décidé en 2003 d'examiner de façon systématique en "3^e niveau" les dossiers des patients présentant un risque de santé très aggravé. Les demandes des patients les plus affectés par la maladie seront donc examinées dans tous les cas, un dispositif de médiation étant par ailleurs prévu.

La Fédération bancaire française (FBC) a recommandé le 20 novembre 2003 – par extension de la convention Belorgey – à tous ses adhérents de ne plus demander de questionnaires de santé pour tous les prêts à la consommation dédiés.

Jean Michel Belorgey a décidé de mettre à l'ordre du jour des travaux de la Commission de suivi de la Convention, l'extension de ses dispositions au **risque invalidité**.

Enfin, pour tenir compte de l'amélioration de la survie des patients dans le calcul des coefficients de surprime demandés par les assureurs, il est essentiel de disposer de données épidémiologiques récentes sur ce sujet. C'est dans cet objectif que la Mission Cancer, en concertation avec la DGS³⁷, a saisi l'INSERM pour mettre en place une étude sur les taux de survie en fonction des différents types de cancer. La mise à la disposition des assureurs de chiffres récents et incontestables favorisera un calcul plus précis des montants des surprimes demandées.

4.2 INFORMATION ET ACCOMPAGNEMENT

4.2.1 Numéro azur " cancer info service "

"Cancer info service" **0 810 810 821**, numéro destiné au grand public et aux professionnels de santé, est ouvert depuis le 22 mars 2004. Chacun, qu'il soit ou non malade, doit pouvoir y trouver l'information qui lui est nécessaire et notamment sur l'existence des dispositifs qui permettent de recevoir une aide au niveau social lorsqu'elle est nécessaire. Ce numéro permet en outre aux patients qui en font la demande de bénéficier d'une écoute psycho-sociale. Cet outil, dont la mise en place a été confiée à la Ligue Nationale Contre le Cancer, a bénéficié d'un financement à hauteur de 1,5 millions d'euros dès 2003. Comme le prévoit le Plan Cancer, ce numéro élargira progressivement le champ des réponses apportées en s'appuyant sur le futur INCa.

4.2.2 Kiosques d'information

Les projets de création de nouveaux espaces " accueil santé ", hors du milieu hospitalier et sans consultation médicale, dans un but d'information et de soutien

psychologique et social aux malades et à leur entourage, se multiplient sous l'impulsion de Françoise Marchal (expert bénévole). Composées de personnels ayant reçu une formation adaptée pour informer et orienter les personnes, ces structures assurent des entretiens gratuits. Des conférences et des animations peuvent être proposées par des experts médicaux et scientifiques. Elles sont complémentaires de l'accueil réservé par les assistantes sociales et les psychologues des hôpitaux et peuvent servir de relais.

Quatre kiosques d'information fonctionnent déjà à Paris. En 2002, l'activité de trois de ces structures a représenté environ 3 500 contacts, avec demande de soutien psychologique dans 70% des cas. Un tiers des consultants faisait partie de l'entourage des patients ; ils avaient une demande de suivi de deuil dans près de la moitié des cas.

Dès le 5 juillet 2004, Nice va inaugurer un espace d'information comparable, intégré au sein d'un centre commercial. Toujours à Nice, il est prévu d'en ouvrir un second au cours de l'hiver 2004-2005. Le budget prévisionnel d'une telle structure est évalué à 40 000 euros pour la première année.

D'autres projets sont en cours d'élaboration, dont celui d'Amiens qui est en voie de concrétisation. Les autres villes ayant déjà un projet d'implantation à l'étude sont : Bordeaux, Montpellier, Lyon, Rennes, Saint-Nazaire, Nantes et Lille. Annecy et le département du Val de Marne se sont aussi déclarés très intéressés

4.2.3 Convention association-hôpital

Pour favoriser la présence des associations de patients et d'usagers dans l'hôpital une convention type, définissant un cadre d'intervention de ces associations en milieu hospitalier, sera prochainement transmise aux établissements par le ministère de la santé.

4.2.4 Site Internet "Plan Cancer"

Le site Internet (www.plancancer.fr) créé par la Mission interministérielle pour la lutte contre le cancer (MILC) est en ligne depuis février 2004. Il permet au public et aux professionnels de suivre, en temps réel, l'avancement des 70 mesures et 200 actions du Plan Cancer. Les événements récents concernant le Plan et les initiatives qui méritent d'être mieux connues et éventuellement "copiées" figurent également sur le site. Les professionnels peuvent également y trouver des liens pour accéder à un certain nombre de documents de référence : textes officiels, appels d'offre, référentiels, recommandations de pratique clinique.

37) DGS : Direction Générale de la Santé

5 DÉMOGRAPHIE MÉDICALE ET ÉVOLUTION DES FORMATIONS : PRÉPARER L'AVENIR

Le domaine de la cancérologie n'échappe aux problèmes généraux de démographie médicale. Ils sont même amplifiés par le fait que cette discipline est en mutation rapide – évolution des traitements et des techniques, développement de la prise en charge ambulatoire, de la prévention et du dépistage –, que la demande des patients évolue à tous les stades de la prise en charge et que se modifient les profils d'activité de la profession.

Aujourd'hui, près de 3500 médecins exercent la cancérologie dont la moitié de façon exclusive (données Bulletin du cancer, mars 2004). Compte tenu de la pyramide des âges, d'ici 15 ans, si rien n'était fait, les effectifs pourraient être réduits de 25%. La variation des densités de médecins exerçant la cancérologie passe de 3,2 à 8,6 pour 100 000 habitants selon les régions.

Ces données ont imposé d'agir à différents niveaux :

5.1 RÉ-OUVRIR LES POSSIBILITÉS DE QUALIFICATION DES SPÉCIALISTES : un impact immédiat possible. Le décret ouvrant la possibilité de qualifier de spécialistes justifiant d'une formation et d'une expérience qui leur assurent des compétences équivalentes à celles qui sont requises pour l'obtention du DES ou du DESC de cancérologie a été pris le 19 mars 2004. Un arrêté doit maintenant préciser la composition des commissions de qualification, la procédure d'examen des dossiers ainsi que les spécialités concernées.

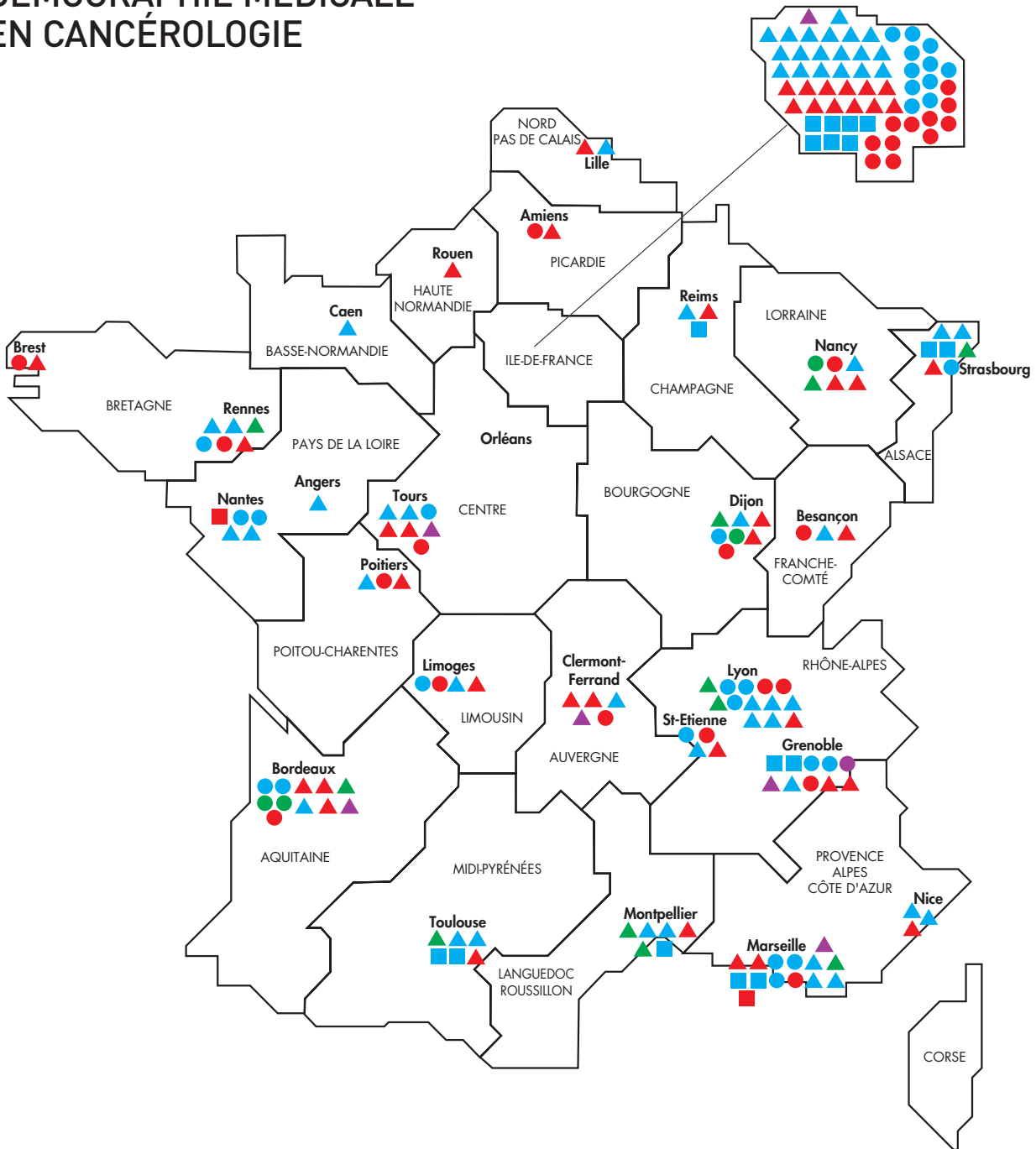
5.2 AUGMENTER LE NOMBRE D'ÉTUDIANTS ET L'ATTRACTIVITÉ DE LA DISCIPLINE

Le ministre de la santé a annoncé que le *numerus clausus* sera porté à 7000. Le flux doit être dirigé vers les disciplines déficitaires.

Pour améliorer l'attractivité de la discipline il faut :

- faire découvrir la Cancérologie de façon plus précoce au cours du cursus de formation des médecins. La conférence des doyens de faculté de Médecine s'est prononcée favorablement sur la mise en place de stages pratiques en Cancérologie dès la deuxième année de Médecine. Il convient de suivre la traduction de cette volonté dans les programmes.
- faciliter les formations ; la rémunération des stagiaires radiophysiciens a été décidée dès la promotion 2003-2004. Il s'agit de doubler le nombre de radiophysiciens formés chaque année (avec actuellement 300 professionnels, la France est en avant dernière position des pays européens).

DÉMOGRAPHIE MÉDICALE EN CANCÉROLOGIE



	Oncologie médicale	Oncologie radiothérapique	Oncologie chirurgicale	Oncologie biologique
Chef de clinique assistant Assistant hospitalo-universitaire	●	●	●	●
Professeur des universités Praticien hospitalier	▲	▲	▲	▲
Maître de conférence des universités Praticien hospitalier	■	■	■	■

Sources : Collège National des enseignants en Cancérologie

- améliorer les perspectives de carrière : le Plan prévoit la création de 50 postes de chefs de clinique-assistants dans les services pour la formation en cancérologie. Aucune création n'a eu lieu en 2003 et 2004. Le ministre de la Santé a confirmé en avril 2004 que les 50 postes annoncés seraient bien créés
- améliorer la capacité d'encadrement des services formateurs en cancérologie.
En 2003, le nombre de postes de professeurs publiés au Journal Officiel (arrêté du 22 décembre 2003) a été de 12 PU-PH (7 hématologues et 5 cancérologues) et de 12 MCU-PH (10 en hématologie et 2 en cancérologie) par création ou redéploiement, en conformité avec les objectifs du Plan Cancer. Cinq postes de PU-PH avaient été publiés en 2002. Sur les 20 postes de PU-PH, toute disciplines, qui devraient être créés pour 2005, cinq devraient concerner la Cancérologie.
- mettre en adéquation les besoins et le nombre d'internes par discipline : le Plan Cancer a pour objectif de faire passer le nombre d'internes, en hématologie, radiothérapie et oncologie médicale, de 140 actuellement à 210 en 2007. La filiarisation de la spécialité, qui permettrait de garantir les effectifs d'internes en Cancérologie n'a pas été décidée pour l'instant, mais, en prévision, des crédits DHOS (500 000 euros) sont prévus au PLFSS 2004 en cas de filiarisation effective. La réduction des inadéquations entre le nombre de postes proposés et les postes effectivement choisis par les internes, si elle est nécessaire pour réguler les flux, ne doit évidemment pas entraîner une diminution des postes affichés en Cancérologie.

5.3 AMÉLIORER L'ADÉQUATION ENTRE LES BESOINS ET L'OFFRE DE SOINS DANS LES DIFFÉRENTES RÉGIONS :

les propositions relèvent en ce domaine de la mission présidée par le Pr. Berland et de l'Observatoire de la démographie médicale qui ont, en réponse à la demande de la MILC placé en priorité les mesures qui peuvent toucher ce secteur.

5.4 ADAPTER LES FORMATIONS À L'EXIGENCE D'UN RENFORCEMENT DE LA PRÉVENTION

La formation des personnels soignants doit inclure de façon plus systématique des modules orientés vers la prévention des cancers (lutte contre le tabagisme : un module prévention et éducation à la santé comportant un volet tabac doit être mis en place au cours du tronc commun de la première année des études médicales ; prévention des risques professionnels...).

5.5 FORMATIONS PARAMÉDICALES :

compte tenu du nombre important de places non pourvues dans les deux cursus de formation au métier de manipulateur-radio, un renforcement de l'information auprès des conseillers d'orientation des lycées sur ce métier est programmé.

5.6 FORMATION CONTINUE :

le cancer a été intégré parmi les orientations nationales prioritaires de formation des personnels soignants de la fonction publique hospitalière et de formation médicale continue. A partir de 2004 seront organisées des sessions régionales sur le thème de la cancérologie (formation/action sur 2 à 3 jours).

6 RECHERCHE : ACCÉLÉRER L'INNOVATION ET ACCROÎTRE LA VISIBILITÉ INTERNATIONALE

6.1 LA RECHERCHE CLINIQUE EN CANCÉROLOGIE : UNE PRIORITÉ DU PHRC

(Programme Hospitalier de Recherche Clinique) qui s'est traduite en 2003 par un fort pourcentage de projets déposés et retenus (42%). Cinquante deux projets sont ainsi financés pour une durée de 3 ans et pour un montant de 12,7 millions d'euros dans les domaines de la prévention (2), des études épidémiologiques ou d'impact (13), des méthodes diagnostiques (17) et de traitement (20).

Dans l'appel à projet relatif au PHRC 2004, les essais cliniques dans le domaine du cancer, figurent encore au premier rang des thématiques prioritaires pour les projets nationaux. En outre, les PHRC régionaux peuvent sélectionner des projets de recherche en cancérologie, si ceux-ci sont en cohérence avec les thèmes du cancéropôle dont ils dépendent.

La recherche clinique en cancérologie bénéficiera de l'organisation des pôles régionaux (qui associent les établissements de soins les plus impliqués dans la recherche) et de la structuration des cancéropôles (au sein desquels sont facilités tant le continuum recherche cognitive/recherche clinique que les connexions public/privé). Pôles régionaux et cancéropôles doivent aussi permettre une plus grande participation des équipes à des projets internationaux. Enfin c'est l'une des grandes missions du futur Institut National du Cancer que de promouvoir les meilleures conditions de développement de la recherche clinique en cancérologie.

6.2 LES CANCÉROPÔLES EN ÉMERGENCE : UNE DYNAMIQUE EXCEPTIONNELLE

La constitution de cancéropôles répond à la nécessité de coordonner et de mettre en réseau des équipes de recherche d'appartenances variées – hôpitaux, laboratoires universitaires, instituts de recherche – pour favoriser la recherche et accélérer l'accès des patients aux innovations thérapeutiques.

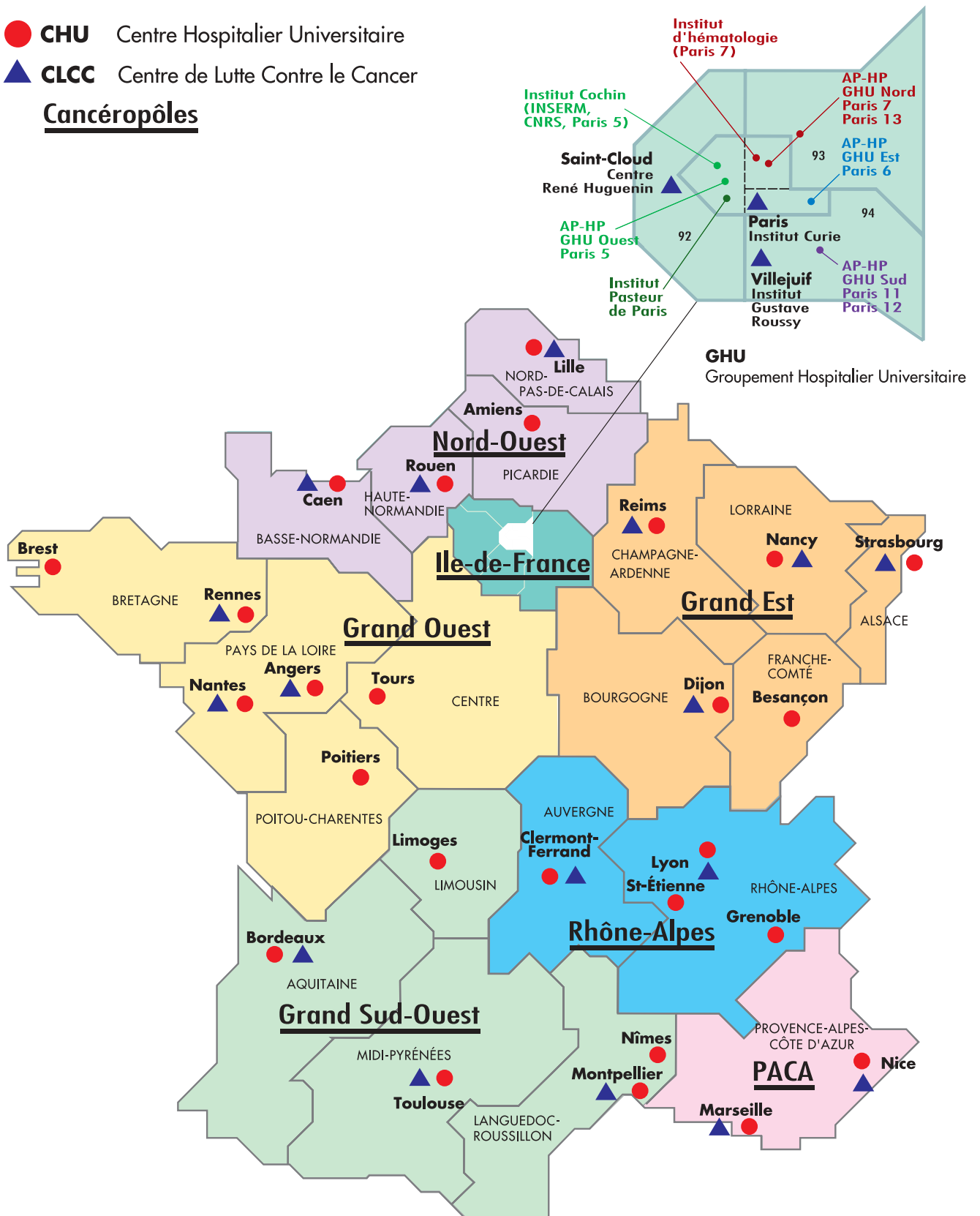
En 2003, suite à un appel d'offre lancé par les ministères de la Recherche et de la Santé, 7 cancéropôles en émergence – régionaux ou interrégionaux – ont été financés, pour un montant total de 16,5 millions d'euros :

- Ile-de-France coordonné par Daniel Louvard, directeur de recherche au CNRS et directeur de la section recherche de l'Institut Curie à Paris,
- Provence-Alpes-Côte d'Azur coordonné par le professeur Dominique Maraninchi, directeur de l'Institut Paoli-Calmettes à Marseille,
- Rhône-Alpes et Auvergne, coordonné par le docteur Jean-Yves Bonnefoy ancien cadre des laboratoires Pierre Fabre,

CANCÉROPÔLES

- **CHU** Centre Hospitalier Universitaire
- ▲ **CLCC** Centre de Lutte Contre le Cancer

Cancéropôles



Cancéropôle Grand-Ouest • P' Khaled Meflah • kmefflah@nantes.inserm.fr / Cancéropôle Grand Sud-Ouest • P' Georges Delsol • delsol.g@chu-toulouse.fr
 Cancéropôle Ile-de-France • P' Daniel Louvard • daniel.louvard@curie.fr / Cancéropôle Nord-Est • P' Pierre Oudet • Pierre.Oudet@chru-strasbourg.fr
 Cancéropôle Nord-Ouest • P' Pierre Formstecher • Formstecher@lille.inserm.fr / Cancéropôle PACA • P' Dominique Maraninchi • maraninchid@marseille.fnclcc.fr
 Cancéropôle Rhône-Alpes • P' Jean-Yves Bonnefoy • jybbonnefoy@canceropole-ira.com

- Grand-Ouest (Bretagne, Centre, Charentes-Poitou et Pays-de-la-Loire) coordonné par le professeur Khaled Meflah, directeur du département de cancérologie de l'unité Inserm U 601 à Nantes,
- Nord-Ouest (Basse-Normandie, Haute Normandie, Nord-Pas-de-Calais et Picardie) coordonné par le professeur Pierre Formstecher, directeur de l'unité Inserm U 459 à Lille,
- Grand Sud-Ouest (Aquitaine, Languedoc-Roussillon, Limousin et Midi-Pyrénées) coordonné par le professeur Georges Delsol directeur de l'unité Inserm U 563 à Toulouse,
- Grand Est (Alsace, Bourgogne, Champagne-Ardenne, Franche-Comté et Lorraine) coordonné par le professeur Pierre Oudet responsable d'équipe au sein de l'unité Inserm U 381 à Strasbourg.

Le tableau suivant représente les financements 2003 pour les cancéropôles, issus du ministère de la Recherche pour 10 (plus 1) millions d'euros et du ministère de la Santé pour 5,5 millions d'euros

Budget 2003 pour les cancéropôles (en millions d'euros)

Cancéropôle	2003
Grand-Est (Strasbourg)	0,25
Grand-Ouest (Nantes)	1,2
Grand Sud-Ouest (Toulouse)	1,8
Ile-de-France (Paris)	5,95
Nord-Ouest (Lille)	1
Provence-Côte d'Azur (Marseille)	2,45
Rhône-Alpes (Lyon)	2,85
Total	15,5 +1*

* Aux dotations 2003 indiquées ci dessus ont été ajoutés un million d'euros (par la Direction de la Technologie du ministère de la Recherche) pour des projets comportant un partenariat public/privé.

Un deuxième appel à propositions a été lancé en février 2004. Son objectif est de promouvoir des projets ambitieux, ayant une visibilité européenne. Cet appel doit favoriser le rapprochement des laboratoires de recherche et des services cliniques et encourager les partenariats avec l'industrie. Les thèmes de recherche s'inscrivent dans les orientations du Plan Cancer :

- Biologie et génomique fonctionnelle
- Recherche clinique : innovations diagnostiques et thérapeutiques
- Epidémiologie, sciences humaines et sociales.

Cet appel d'offres va renforcer la dynamique déjà impressionnante induite par la structuration interrégionale des cancéropôles. Cette dynamique suscite toute l'attention de la DATAR³⁸, en termes d'amé-

nagement du territoire, de l'ANVAR³⁹, pour promouvoir des actions phares dans le domaine des biotechnologies et des innovations liées au cancer, de l'industrie pharmaceutique et des biotechnologies.

6.3 PLAN CANCER ET EUROPE DE LA RECHERCHE

La MILC a confié à Thierry Philip, le soin de préfigurer la dimension européenne des activités du futur INCa et de définir, avec Paul Janiaud, une stratégie permettant un meilleur positionnement des équipes françaises de cancérologie dans les programmes européens de soutien à la recherche.

L'évolution du programme européen qui impose pluridisciplinarité et attitudes nouvelles (aller de la découverte du principe au traitement en prenant en compte les dimensions éthiques, participation de petites entreprises...), rend la compétition de plus en plus ardue. La nécessité d'une coordination des propositions françaises commence à être mieux comprise par les équipes.

L'émergence des cancéropôles constitue une réelle opportunité pour les équipes de recherche en cancérologie de mieux se situer dans la compétition européenne. C'est la raison pour laquelle, la MILC a confié à Paul Janiaud le soin d'apporter aux coordinateurs des cancéropôles toutes les informations et l'aide nécessaire pour monter les projets de façon optimale.

Des correspondants "Europe" ont été désignés dans chaque cancéropôle et des réunions seront organisées, sur sites, dans les prochaines semaines. Ainsi une information complète pourra être fournie sur le 6ème programme cadre de recherche et développement (6ème PCRD) dont la priorité "génomique et biotechnologies pour la santé" comporte un segment "combattre le cancer". L'appel à proposition sera clos mi-novembre et sera doté d'un budget d'environ 95 millions d'euros.

Parallèlement un appui a été apporté pour la préparation de projets de recherche relatifs au soutien scientifique à l'élaboration des politiques, ou à la mise en réseau de programmes nationaux (ERA NET).

Un suivi des activités des diverses directions de la commission européenne est par ailleurs assuré, afin d'améliorer la coordination (programme d'action communautaire en santé publique, suivi des programmes en matière d'utilisation de la génétique) et de permettre à terme au dispositif français, dans ses diverses composantes, d'être plus "proactif" en

38) DATAR : Délégation à l'Aménagement du Territoire et à l'Action Régionale

39) ANVAR : Agence Nationale de Valorisation de la Recherche

7 | COOPÉRATION FRANCO- BRITANNIQUE

La problématique du cancer dépasse évidemment le cadre national. Le Royaume Uni enregistrant chaque année 225 000 cas de cancer et 120 000 décès, un plan Cancer britannique a été mis en place en 2000, visant à améliorer les stratégies de prévention, dépistage, diagnostic, traitement et recherche en Cancérologie. Un rapport de synthèse sur les trois années écoulées vient d'être publié. Des avancées ont été obtenues en terme de mortalité et de réduction des inégalités. Certaines actions doivent être renforcées : réduction des délais d'attente, guide national de bonnes pratiques, développement du dépistage, amélioration de l'information donnée au patient en terme de traitement et de service de soins. Pour mettre en commun expériences et réflexions sur la lutte contre le cancer, une première réunion bilatérale s'est tenue à Paris le 16 février 2004, en présence des deux responsables des Plans Cancer nationaux. Un cadre de travail bilatéral a été défini pour l'année 2004. Il s'articule autour de quatre thèmes correspondant aux préoccupations partagées par les deux pays :

- la politique de prévention : impact des mesures politiques prises, évolution des axes de prévention, évaluation des mesures ;
- la politique de dépistage : analyse des programmes et évaluation, aspects méthodologiques d'enregistrement des données, anticipation des évolutions technologiques ;
- l'organisation des soins : moyens de parvenir à la réalisation d'objectifs nationaux ;
- les systèmes d'information.

Des groupes de travail composés d'experts de chacun des deux pays vont être constitués sous la présidence des Missions Cancer des deux pays.

8 | L'INSTITUT NATIONAL DU CANCER

Dès 2004, le projet de loi relatif à la politique de santé publique, qui doit être adopté en mai, créera l'Institut National du Cancer sous forme d'un groupement d'intérêt public. Il bénéficiera d'un budget de lancement de 11 millions d'euros émanant du Ministère de la Santé. Instance d'expertise et de ressources, l'Institut impulsera de nouvelles orientations et actions dans tous les domaines, depuis l'épidémiologie, la prévention, les soins, à la formation, l'innovation et la recherche.

L'Institut doit devenir à terme le pôle de référence, exerçant au niveau national, une mission de conseil auprès des autorités sanitaires et constituant au niveau international, un acteur clairement identifié de la politique de lutte contre le cancer en France.

La MILC a assuré les travaux préparatoires à la constitution administrative de l'Institut (groupe de travail présidé par Jean-Louis Segura pour l'élaboration d'un pré-projet de convention constitutive). Un groupe de préfiguration, dirigé par les Pr. David Khayat et Dominique Maraninchi et par François Werner, a été désigné par le Ministre de la Santé. A ce groupe sont associés les Pr. Roland Bugat, Victor Izrael, Daniel Louvard et Henri Pujol ainsi que Laurent Borella. L'institut pourra ainsi être créé dès l'adoption de la loi de Santé Publique.

9 INDICATEURS DE SUIVI DES OBJECTIFS DU PLAN CANCER

Les objectifs de santé publique portent le plus souvent sur des résultats à atteindre en termes d'évolution de l'état de santé ou de l'exposition à un facteur de risque. La DGS⁴¹ et la DREES⁴² ont été chargées de définir les indicateurs de suivi des objectifs de santé qui sont inscrits dans le rapport annexé au projet de loi relatif à la politique de Santé Publique. Parmi eux figurent ceux qui relèvent de la thématique cancer. A la demande de la Mission, les indicateurs en cancérologie ont donc fait l'objet d'une analyse prioritaire. L'outil d'évaluation sera ainsi disponible dès le mois de juin. Le recueil systématisé de ces indicateurs permettra de mesurer de façon plus précise l'impact des actions du Plan Cancer.

Dans le cadre du contrat Etat-ARH⁴³, chaque année, trois indicateurs seront documentés, l'un concernant les molécules coûteuses et innovantes et les deux autres choisis sur proposition de l'ARH. Ce type d'outils, pertinents et reproductibles donnera une image dynamique des principaux changements qui vont s'opérer dans les années à venir.

Mais au delà de ces trois indicateurs, le Plan Cancer prévoit un suivi plus exhaustif, dont le tableau de bord régional constitue la base (voir volet régional). Les chiffres fournis dans le présent rapport intègrent les premières données ainsi recueillies auprès des régions. Neuf indicateurs sont relatifs à la coordination des soins autour du patient et cinq à l'amélioration de l'accès aux équipements lourds et aux innovations (diagnostiques et thérapeutiques).

41) DGS : Direction Générale de la Santé

42) Direction de la Recherche des Etudes de l'Evaluation et des Statistiques

43) ARH : Agence Régionale de l'hospitalisation

10 BUDGETS ALLOUÉS AU PLAN CANCER

10.1 BUDGET DE L'ÉTAT

Le budget de l'état consacré à la lutte contre le Cancer a globalement augmenté de 49% entre 2001 et 2003, passant de 154,5 à 230,9 millions d'euros. Sa progression est faible en 2004 avec un budget d'environ 232 millions d'euros.

Evolution du budget global entre 2001 et 2004 (en millions d'euros)

	2001	2002	2003	2004
Etat/ PLF	3,18	5,35	41,1	59,2
Assurance-Maladie/PLFSS				
FNPEIS ⁴⁴	47,2	51,1	74,8	47,8
ONDAM ⁴⁵	104,15	119,4	115	125*
Total Assurance-Maladie	151,35	170,5	189,8	172,8
Total Général	154,525	175,85	230,9	232

*: estimation incluant PHRC⁴⁶ et STIC⁴⁷ 2004

Budget Etat (hors ARH⁴⁸)

Les budgets globaux de la DGS attribués au Plan Cancer connaissent une forte croissance, passant de 5,35 millions d'euros en 2002 à 41,2 millions en 2003 et à 59,2 millions en 2004.

Les crédits gérés par l'administration centrale sont destinés essentiellement à l'accompagnement de la mise en place des dépistages organisés des cancers, la formation des professionnels de Santé, l'information du public et des patients, l'expertise et le soutien aux associations de patients. Dans un objectif plus général de connaissance et de suivi des pathologies cancéreuses, des crédits ont aussi été consacrés à la mise en œuvre de la veille technologique et participent à des actions plus larges du Plan Cancer.

Une partie de ce budget finance le soutien à la mise en place des structures départementales de dépistage et la sensibilisation au dépistage.

44) FNPEIS : Fonds National de Prévention d'Education et d'Information Sanitaire

45) ONDAM : Objectif national des dépenses d'assurance maladie

46) PHRC : Projet Hospitalier de Recherche Clinique

47) STIC : Soutien aux techniques innovantes coûteuses

48) ARH : Agence Régionale de l'Hospitalisation

49) DGS : Direction Générale de la Santé

Utilisation des crédits de la DGS (en millions d'euros)

Thème d'action	2002	2003	2004
Dépistage	3,5	17,8	33
Formation des professionnels de santé	0,8	1	0,6
Information du public et des patients	0,25	0,4	-
Expertise	0,26	0,2	-
Soutien à des associations de patients d'envergure nationale	0,11	0,2	0,6
Appel à projet pour l'émergence de cancéropôles	-	5,5	-
Réseau hôpital sans tabac association tabac	-	0,3	-
Lutte contre le tabac et l'alcool	-	-	8
Téléphonie sociale et site internet	-	-	3
Mise en place d'un numéro vert Ecoute Cancer (opérateur la Ligue nationale contre le Cancer)	-	1,5	-
Programmes d'évaluation	-	-	0,5
Elaboration des guides médicaux	-	-	0,4
INCa	-	-	11
MILC	-	1	2
Total	4,92	27,9	59,1

Budget des collectivités départementales

Les dépenses directes des départements sous la compétence des Conseils Généraux pour la lutte contre le Cancer s'élevaient à 8 millions d'euros en 2003.

Budget Assurance Maladie (hors prise en charge)

Elle intervient pour la prévention et le dépistage par l'intermédiaire du FNPEIS⁵⁰, pour un budget de 74,8 millions d'euros en 2003.

Les dotations régionales des ARH représentaient 115 millions d'euros en 2003. Elles concernaient le financement :

- du marqueur FDG : 10 millions d'euros
- des tumeurs : 2,5 millions d'euros
- des consultations d'oncogénétique : 2,3 millions d'euros
- allogreffes : 2,6 millions d'euros
- molécules coûteuses et innovantes : 50 millions d'euros (ordre de grandeur)
- mesures diverses des ARH : 21,6 millions d'euros (montant théorique).

Au titre du plan " Hôpital 2007 ", le montant global de l'aide à l'investissement hospitalier pour lutter contre le cancer (imagerie et radiothérapie) est estimé à 104,72 millions d'euros jusqu'en 2007.

Les dotations globales pour les hôpitaux (hors réseaux) se sont élevées à 82,63 millions d'euros en 2003 et 86,52 millions en 2004. Les financements

pour le secteur privé représentaient 7,5 millions d'euros pour 2004 et concernaient le renforcement des soins de support.

Les réseaux de Cancérologie ont vu leur financement passer de 1,5 millions d'euros en 2002 à 3,4 millions en 2003 pour atteindre 6,2 millions en 2004.

10.2 BUDGETS DES AGENCES SANITAIRES

InVS⁵¹

Les principales actions conduites dans le cadre du Plan Cancer par cet institut qui, dans le domaine de l'épidémiologie, coordonne, anime et mobilise un réseau de santé publique comprenant des professionnels de santé, des instituts de recherche, des établissements de soins publics ou privés, des caisses d'assurance maladie, des associations de malades et d'usagers, ont été financées pour les années 2003 et 2004 à hauteur de 1,5 million d'euros.

Ces actions portent :

- sur le renforcement des registres existants (1 700 000 euros en 2003 et 2 111 000 euros en 2004),
- la rémunération d'épidémiologistes pour 2 études sur les cancers professionnels (69 000 euros)
- l'engagement de crédits pour deux études : thyroïde (300 000 euros) et dioxine (600 000 euros).

INPES⁵²

Le budget de l'INPES pour la prévention du Cancer est passé de 30,9 millions d'euros en 2003 à 37 millions d'euros en 2004.

Resté stable pour la lutte contre le tabagisme (environ 20 millions d'euros), il a augmenté pour la lutte contre l'alcoolisme (2,8 millions d'euros en 2003 contre 6 millions d'euros en 2004) et pour le programme nutrition (4,3 à 7 millions d'euros entre 2003 et 2004).

La prévention du mélanome et la sensibilisation des professionnels de Santé au dépistage a bénéficié d'un budget stable entre 2003 et 2004, représentant respectivement 4,2 et 4 millions d'euros.

ANAES⁵³

Les actions engagées sur la période 2003-2004 ont été financées à hauteur de 2,7 millions d'euros. Elles

comprenaient la mise au point de 3 conférences de consensus, de 6 recommandations professionnelles, de 6 évaluations techniques, d'1 évaluation économique, de 3 évaluations des pratiques et de 68 évaluations d'actes de nomenclatures.

AFSSE⁵⁴

Pour l'année 2005, le budget consacré au cancer représentera 1,3 millions d'euros et permettra de poursuivre les projets financés en 2004 (1 million d'euros), partagé entre des actions d'expertise collective et de veille scientifique, des programmes de recherche "Environnement-Santé" et "Santé-Travail", des travaux d'amélioration des connaissances (caractérisation de l'exposition à des substances cancérigènes) et détermination des valeurs toxiques de référence et valeurs limites d'exposition.

50) FNPEIS : Fonds National de Prévention d'Education et d'Information Sanitaire

51) InVS : Institut de Veille Sanitaire

52) INPES : Institut National de Prévention et Education pour la Santé

53) ANAES : Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé

54) AFSSE : Agence Française de Sécurité Sanitaire Environnementale



Liberté • Égalité • Fraternité
RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

8, avenue de Ségur - 75007 Paris
Tél. : 01 40 56 71 65
Fax : 01 40 56 79 44
www.plancancer.fr