Plan cancer 2014-2019

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

Deuxième édition

Incluant le programme national de réduction du tabagisme (PNRT)

Liberté • Égalité • Fraternité
République Française

éDITORIAL

Les cancers demeurent la première cause de mortalité en France : ils sont responsables de près de 150 000 décès chaque année. Deux Plans cancers ont déjà été mis en œuvre, qui ont permis des avancées majeures. Il nous revient de poursuivre aujourd'hui le combat contre cette maladie, en donnant un nouvel élan à l'effort collectif, en mobilisant tout à la fois notre système de santé et de solidarité, comme notre recherche et nos capacités d'innovation. De même, la concertation avec les personnes malades, leurs proches et les associations les représentant, comme avec la communauté médicale et scientifique, est la condition du succès de ce Plan, souhaité par le président de la République.

Ce Plan mobilise l'ensemble des moyens d'intervention disponibles, de la recherche jusqu'aux soins, pour faire face aux inégalités de santé et réduire la mortalité liée à des cancers évitables. La priorité va à la prévention et au dépistage, deux leviers d'action majeurs pour prévenir et faire reculer la maladie. Nous devons également adapter notre système de soins, notre recherche et la formation des professionnels de santé pour permettre à chacun de bénéficier de la même qualité de soins et des progrès de la recherche. C'est aussi la volonté que nous avons inscrite dans la feuille de route de la Stratégie nationale de santé, en articulation avec l'Agenda stratégique de la recherche « France-Europe 2020 ».

Plus que jamais, l'avènement d'une médecine personnalisée oblige à repenser les méthodes de diagnostic et de traitement des cancers. Des progrès significatifs ne seront possibles que par un décloisonnement entre la recherche et le soin. Ces innovations doivent être anticipées et accompagnées par les pouvoirs publics, garants de leur pertinence et de leur accessibilité à tous sur tout le territoire. Il s'agit d'offrir à chacun un parcours de soins qui réponde le mieux à ses besoins, en particulier aux plus vulnérables d'entre nous.

Ces actions seront soutenues par des mesures de transparence attendues, tant du point de vue de la qualité des soins en cancérologie que des résultats des recherches, ou encore des mécanismes de décision et de financement en matière d'innovation médicamenteuse, afin de rendre compte des efforts consentis par la Nation et de leur impact sur l'amélioration de la santé des Français.

Lutter contre la maladie, c'est conduire un combat pour la vie. Il nous faut tout mettre en œuvre pour permettre à celles et ceux qui sont frappés, ou qui ont été frappés par le cancer, de mener une vie normale, de poursuivre leur scolarité, d'accéder aux emprunts et aux assurances, et de disposer d'aménagements dans leur vie professionnelle ou dans leur accès à l'emploi.

Ce troisième Plan cancer montre la volonté du gouvernement d'amplifier la lutte contre les cancers par des mesures concrètes et un engagement coordonné de tous ses acteurs. Il témoigne de sa volonté de préparer notre pays aux extraordinaires progrès thérapeutiques de ces prochaines années. Notre objectif, et notre devoir, est de permettre à tous de bénéficier de ces progrès.

Marisol Touraine
Ministre des Affaires sociales
et de la Santé

Geneviève Fioraso
Ministre de l'Enseignement supérieur
et de la Recherche

sommaire

L'ENJEU 9

L'AMBITION 13

GUÉRIR PLUS DE PERSONNES MALADES 15

OBJECTIF 1 : FAVORISER DES DIAGNOSTICS PLUS PRÉCOCES 17

FAIRE RECULER LES INÉGALITÉS FACE AU CANCER DU COL UTÉRIN ET RÉDUIRE SON INCIDENCE 18

RÉDUIRE LA MORTALITÉ ET LA LOURDEUR DES TRAITEMENTS DU CANCER DU SEIN ET DU CANCER COLORECTAL GRÂCE AUX DÉPISTAGES 21

PERMETTRE À CHACUN DE MIEUX COMPRENDRE LES ENJEUX DES DÉPISTAGES 24

IDENTIFIER DE NOUVELLES OPPORTUNITÉS DE DIAGNOSTICS PRÉCOCES 25

OBJECTIF 2 : GARANTIR LA QUALITÉ ET LA SÉCURITÉ DES PRISES EN CHARGE 27

RÉDUIRE LES DÉLAIS ENTRAÎNANT DES PERTES DE CHANCE 27

ENCADRER ET ÉVALUER LES PRISES EN CHARGE DES PERSONNES ATTEINTES DE CANCER 29

GARANTIR UNE PRISE EN CHARGE ADAPTÉE AUX MALADES NÉCESSITANT UN TRAITEMENT COMPLEXE 32

ADAPTER LES PRISES EN CHARGE DES ENFANTS, ADOLESCENTS ET JEUNES ADULTES 34

RÉPONDRE AUX BESOINS SPÉCIFIQUES DES PERSONNES ÂGÉES 36

AMÉLIORER LA COORDINATION VILLE-HÔPITAL ET LES ÉCHANGES D'INFORMATIONS ENTRE PROFESSIONNELS 37

OBJECTIF 3 : ACCOMPAGNER LES ÉVOLUTIONS TECHNOLOGIQUES ET THÉRAPEUTIQUES 39

SÉCURISER L'UTILISATION DES CHIMIOTHÉRAPIES ORALES 39

DÉVELOPPER LA CHIRURGIE AMBULATOIRE EN CANCÉROLOGIE 41

FAVORISER LE DÉVELOPPEMENT DE LA RADIOLOGIE INTERVENTIONNELLE 41

ASSURER À CHACUN L'ACCÈS À LA TECHNIQUE DE RADIOTHÉRAPIE LA PLUS ADAPTÉE 42

OBJECTIF 4 : FAIRE ÉVOLUER LES FORMATIONS ET LES MÉTIERS DE LA CANCÉROLOGIE 43

CRÉER ET RECONNAÎTRE DE NOUVEAUX MÉTIERS 43

ADAPTER LES FORMATIONS DES PROFESSIONNELS AUX ÉVOLUTIONS DE LA CANCÉROLOGIE 45

OBJECTIF 5 : ACCÉLÉRER L'ÉMERGENCE DE L'INNOVATION AU BÉNÉFICE DES PATIENTS 47

FAIRE ÉVOLUER LA RECHERCHE CLINIQUE ET TRANSLATIONNELLE EN CANCÉROLOGIE 47

PROMOUVOIR UNE POLITIQUE GLOBALE DU MÉDICAMENT EN CANCÉROLOGIE 49

CRÉER LES CONDITIONS D'UNE DIFFUSION RAPIDE DE L'INNOVATION TECHNOLOGIQUE 52

OBJECTIF 6 : CONFORTER L'AVANCE DE LA FRANCE DANS LA MÉDECINE PERSONNALISÉE 54

PERMETTRE UN ACCÈS LARGE AU DIAGNOSTIC INDIVIDUALISÉ 55

VALIDER ET DÉPLOYER LES NOUVELLES TECHNIQUES D'ANALYSE DES TUMEURS 56

PRÉSERVER LA CONTINUITÉ ET LA QUALITÉ DE VIE 59

OBJECTIF 7 : ASSURER DES PRISES EN CHARGE GLOBALES ET PERSONNALISÉES 61

FLUIDIFIER ET ADAPTER LES PARCOURS DE SANTÉ 61

AMÉLIORER LA QUALITÉ DE VIE PAR L'ACCÈS AUX SOINS DE SUPPORT 64

FACILITER LA VIE À DOMICILE OU OFFRIR DES HÉBERGEMENTS ADAPTÉS 66

PERMETTRE À CHACUN D'ÊTRE ACTEUR DE SA PRISE EN CHARGE 68

OBJECTIF 8 : RÉDUIRE LES RISQUES DE SÉQUELLES ET DE SECOND CANCER 70

SYSTÉMATISER LA PRÉVENTION ET LA PRISE EN CHARGE DES SÉQUELLES 70

GÉNÉRALISER UNE DÉMARCHE DE PRÉVENTION APRÈS UN DIAGNOSTIC DE CANCER 72

OBJECTIF 9 : DIMINUER L'IMPACT DU CANCER SUR LA VIE PERSONNELLE 75
PERMETTRE LA POURSUITE DE LA SCOLARITÉ ET DES ÉTUDES 75
ACCORDER UNE PRIORITÉ AU MAINTIEN ET AU RETOUR DANS L'EMPLOI 77
ATTÉNUER LES CONSÉQUENCES ÉCONOMIQUES DU CANCER 80
AMÉLIORER L'ACCÈS AUX ASSURANCES ET AU CRÉDIT 82
MIEUX CONNAÎTRE LE VÉCU DES PATIENTS PENDANT ET APRÈS UN CANCER 83

INVESTIR DANS LA PRÉVENTION ET LA RECHERCHE 85

OBJECTIF 10 : LE PROGRAMME NATIONAL DE RÉDUCTION DU TABAGISME 87
PROTÉGER LES JEUNES ET ÉVITER L'ENTRÉE DANS LE TABAC 88
AIDER LES FUMEURS À S'ARRÊTER 89
AGIR SUR L'ÉCONOMIE DU TABAC 92

OBJECTIF 11 : DONNER À CHACUN LES MOYENS DE RÉDUIRE SON RISQUE DE CANCER 93
DIMINUER LE NOMBRE DE CANCERS LIÉS À L'ALCOOL 93
RÉDUIRE LE RISQUE DE CANCER PAR L'ALIMENTATION ET L'ACTIVITÉ PHYSIQUE 94
MAÎTRISER LE RISQUE DE CANCERS LIÉS AUX HÉPATITES VIRALES 95
ÉCLAIRER LES CHOIX INDIVIDUELS ET COLLECTIFS POUR PERMETTRE D'ADAPTER LES COMPORTEMENTS FACE AU CANCER 97

OBJECTIF 12 : PRÉVENIR LES CANCERS LIÉS AU TRAVAIL OU À L'ENVIRONNEMENT 99
DIMINUER LE NOMBRE DE CANCERS D'ORIGINE PROFESSIONNELLE 99
MIEUX COMPRENDRE LES LIENS ENTRE CANCERS ET ENVIRONNEMENT ET PROTÉGER LES POPULATIONS DES EXPOSITIONS À RISQUE 102

OBJECTIF 13 : SE DONNER LES MOYENS D'UNE RECHERCHE INNOVANTE 104
S'APPUYER SUR UNE RECHERCHE FONDAMENTALE COMPÉTITIVE 106
PROMOUVOIR DES PARCOURS PROFESSIONNELS EN APPUI DES ÉVOLUTIONS DE LA RECHERCHE EN CANCÉROLOGIE 107
PARTAGER ET VALORISER LES RÉSULTATS DE LA RECHERCHE SUR LE CANCER 108

OPTIMISER LE PILOTAGE ET LES ORGANISATIONS 109

OBJECTIF 14 : FAIRE VIVRE LA DÉMOCRATIE SANITAIRE 110
ASSOCIER LES USAGERS À LA DÉFINITION ET À LA MISE EN ŒUVRE DE LA POLITIQUE DE LUTTE CONTRE LES CANCERS 110
SOUTENIR LE PROCESSUS DE DÉMOCRATIE SANITAIRE PAR LA FORMATION DES PARTIES PRENANTES 112

OBJECTIF 15 : APPUYER LES POLITIQUES PUBLIQUES SUR DES DONNÉES ROBUSTES ET PARTAGÉES 113
MIEUX APPRÉHENDER LES PARCOURS DE SANTÉ ET LES INÉGALITÉS FACE AUX CANCERS 113
SE DOTER D'UN SYSTÈME D'OBSERVATION DES CANCERS PERFORMANT 116

OBJECTIF 16 : OPTIMISER LES ORGANISATIONS POUR UNE PLUS GRANDE EFFICIENCE 118
RENFORCER LE PILOTAGE ET L'ANIMATION NATIONALE EN FAVORISANT LE DÉCLOISONNEMENT 118
REDÉFINIR LA PLACE DES ACTEURS RÉGIONAUX ET TERRITORIAUX EN APPUI DES ARS 119
CONFORTER LA STRUCTURATION DE LA RECHERCHE EN RÉGIONS 121
CONFORTER LA PLACE DE LA FRANCE DANS LES COOPÉRATIONS INTERNATIONALES EN RECHERCHE ET SANTÉ PUBLIQUE 122

OBJECTIF 17 : ADAPTER LES MODES DE FINANCEMENT AUX DÉFIS DE LA CANCÉROLOGIE 123
SAVOIR ADAPTER LES MODALITÉS DE FINANCEMENT AU RYTHME DES ÉVOLUTIONS TECHNIQUES ET ORGANISATIONNELLES 123
INCITER À LA FLUIDITÉ DES PARCOURS PAR DES MÉCANISMES FINANCIERS INNOVANTS 124
DÉGAGER DES MARGES DE MANŒUVRE POUR FINANCER L'INNOVATION 125
MAINTENIR UN HAUT NIVEAU D'EXIGENCE DANS LES CHOIX DE FINANCEMENT DE LA RECHERCHE 125

LA GOUVERNANCE DU PLAN 127

SYNTHÈSES THÉMATIQUES 131

Répondre aux besoins des enfants, adolescents et jeunes adultes atteints de cancer 132
Réduire les inégalités et les pertes de chance, une priorité du Plan cancer 136

ANNEXES 143

Méthode d'élaboration du Plan Cancer 2014-2019 144
Table des abréviations 146
Le programme national de réduction du tabagisme 2014-2019 151

L'enjeu

Quelle est l'ampleur de la maladie ?

Près de 355 000 personnes ont un diagnostic de cancer chaque année dont 200 000 hommes et 155 000 femmes. Ces chiffres ont doublé ces 30 dernières années. Cette tendance est à mettre sur le compte de l'augmentation de la population française et de son âge, de l'amélioration de la détection, mais aussi sur celui de nos comportements à risque (tabac, alcool, rayons UV), notre mode de vie (nutrition, sédentarité, obésité), et notre environnement (pollutions diverses, expositions professionnelles). Une grande partie de ces cancers est ainsi considérée comme évitable. Pour preuve, le risque de cancer pour les hommes est en légère diminution depuis quelques années du fait d'une baisse de leur consommation d'alcool et de tabac sur les dernières décennies. A contrario, l'augmentation du tabagisme chez les femmes les expose de plus en plus aux cancers liés au tabac.

Le risque de décéder d'un cancer a toutefois diminué notablement grâce aux diagnostics plus précoces et aux progrès thérapeutiques. On peut affirmer qu'aujourd'hui plus d'une personne sur deux guérit après un diagnostic de cancer. Cette donnée générale masque de grandes disparités entre les patients, en fonction de la localisation du cancer et du stade de la maladie au moment du diagnostic. Malgré ces progrès, 148 000 personnes décèdent chaque année de leur cancer en France, dont 85 000 hommes et 63 000 femmes. Les cancers sont la première cause de mortalité prématurée. En effet, 38 % des décès chez l'homme et près de la moitié chez la femme surviennent avant 65 ans, expliquant l'image traumatisante de la maladie et son impact sociétal majeur. Les cancers sont aussi la première cause de mortalité évitable. En effet, au regard des connaissances actuelles sur les facteurs de risque de cancer, on estime que 80 000 décès pourraient être évités chaque année par des démarches de prévention individuelles ou collectives.

L'augmentation du nombre de cancers associée à la diminution de la mortalité aboutit à un nombre de plus en plus conséquent de personnes au sein de la population française actuelle qui ont un cancer ou en ont guéri. Elles sont près de 3 millions aujourd'hui. Ce sont ainsi autant de familles, plus d'une sur trois, concernées par cette maladie.

Quelles sont les attentes des citoyens, des personnes malades et des professionnels face aux cancers ?

La préparation de ce Plan cancer, dont le rapport d'orientation a été confié au professeur Jean-Paul Vernant, a permis de recueillir les points de vue et les propositions de toutes les parties prenantes de la lutte contre les cancers, à titre individuel ou collectif. Ils émanent d'une part des personnes malades ou guéries, des usagers du système de soins et des associations les représentant et d'autre part des professionnels qui les prennent en charge, de leurs sociétés savantes, des fédérations hospitalières et des agences régionales de santé, des organismes de recherche, ou encore d'entreprises privées.

Les personnes concernées alertent en premier lieu sur la fragilité sociale engendrée par un cancer. La baisse, voire l'absence de revenus, cumulées aux frais et aux coûts indirects liés à la maladie (transports, hébergements, prothèses, mais aussi garde d'enfants par exemple) conduisent à la précarisation de certaines familles. La complexité des démarches administratives fait que tous n'ont pas recours aux droits et aux aides dont ils pourraient pourtant bénéficier. La difficulté du maintien ou du retour à l'emploi, pendant ou après un cancer, concerne de plus en plus de personnes, salariées ou non, et pose de nombreuses questions aux employeurs et représentants des salariés.

Ces difficultés sociales sont rendues d'autant plus aiguës que fort heureusement l'évolution des traitements amène de plus en plus de personnes à vivre avec une maladie devenue chronique. Les prises en charge qui en découlent appellent une coordination accrue entre les professionnels hospitaliers et les professionnels de santé de proximité (médecin traitant, infirmier, pharmacien, professions paramédicales) ; certains ont élaboré des propositions organisationnelles concrètes qui ont inspiré des mesures de ce Plan.

Quant à la recherche, malades, aidants, médecins, chercheurs, tous demandent qu'aucune piste susceptible de faire reculer la maladie ne soit négligée. Soucieux que les moyens financiers attribués à une recherche ambitieuse soient préservés, les Français attendent en retour une totale transparence sur les études menées et sur leurs résultats, qu'ils soient probants ou non. Ils pointent en particulier la nécessité que nous progressions collectivement en lien avec la communauté internationale dans la connaissance et la maîtrise des facteurs de risque de cancer, notamment ceux liés à notre environnement.

Sur le plan de la prévention, nombreux sont ceux qui insistent sur la nécessité que l'éducation à la santé débute dès le plus jeune âge et fasse partie intégrante des apprentissages scolaires. Ils souhaitent une vraie prise en compte de l'enjeu de la prévention par les pouvoirs publics. Ils attendent que le problème du tabac, responsable de 44 000 morts, soit d'un décès par cancer sur trois, soit combattu de façon globale et volontariste.

Enfin, si les besoins et attentes évoluent au fil du temps, certains fondamentaux demandent plus que jamais à être entendus : les personnes malades revendiquent leur droit à être pleinement associées aux décisions thérapeutiques qui les concernent, réaffirment leur besoin d'être informées et écoutées par les soignants, et demandent que leur prise en charge tienne compte de l'impact du cancer sur leur vie personnelle et professionnelle.

Dans quel contexte s'inscrit ce nouveau Plan ?

Un contexte marqué…

Par de fortes inégalités sociales

La contribution des inégalités de santé aux pathologies cancéreuses est majeure en France, bien plus que dans d'autres pays européens. Ces inégalités face à la santé sont notamment induites par les inégalités sociales et entraînent à leur tour des conséquences professionnelles, scolaires, économiques, génératrices de nouvelles inégalités. L'ensemble des politiques publiques doit se mobiliser contre ces inégalités : les moyens consacrés par la Nation à notre système de santé doivent permettre d'offrir une espérance de vie en bonne santé accrue pour tous.

Par une accélération des progrès médicaux

L'évolution des connaissances scientifiques, les innovations médicales et technologiques ont bouleversé les modes de prise en charge en cancérologie. Les phases d'hospitalisation sont de plus en plus courtes, la part des soins réalisés en ambulatoire ou à domicile progresse. Ceci implique d'accompagner les professionnels de ville et les équipes hospitalières dans l'évolution de leurs pratiques et de leurs interactions, au profit d'une meilleure fluidité des enchaînements de soins pour les patients.

Les innovations thérapeutiques se traduisent également par la mise en place d'équipes spécialisées autour d'équipements de haute technicité, auxquels doivent pouvoir accéder tous les patients qui le nécessitent, quel que soit leur lieu de résidence. L'accès à la recherche clinique et aux protocoles innovants doit également être élargi au plus grand nombre.

Le développement de la médecine personnalisée en cancérologie qui consiste à prendre en charge chaque patient de façon individualisée en fonction des spécificités génétiques et biologiques de sa tumeur, constitue une évolution majeure de la cancérologie qui va profondément modifier les soins du futur.

Enfin, les patients souhaitent accéder plus vite aux progrès issus d'une recherche innovante. À ce titre, le Plan doit s'inscrire dans les priorités de **l'Agenda stratégique pour la recherche, le transfert et l'innovation « France-Europe 2020 »**.

Par la volonté de donner une place centrale à la prévention dans notre système de santé

La **Stratégie nationale de santé** est porteuse d'une ambition forte : celle de « faire le choix de la prévention, levier majeur de réduction de la mortalité et de la morbidité évitables ». Contrairement à l'image de fatalité associée trop souvent à la maladie, la prévention constitue un moyen d'agir efficace contre les cancers, trop peu mobilisé jusqu'ici, conformément à la logique encore dominante de notre système de santé tourné vers le soin. Cette ambition est aussi celle du Plan cancer.

Par la volonté des patients et des usagers d'être impliqués dans les choix de santé qui les concernent

Un plan de santé national ne saurait être mis en œuvre sans impliquer les citoyens, à la fois financeurs et usagers du système de santé. La **Stratégie nationale de santé** prévoit de renforcer la représentation des usagers et leurs droits individuels et collectifs, gages d'influence sur le champ sanitaire. Elle souhaite également conférer à la personne malade un rôle d'acteur actif de la stratégie de lutte contre sa propre maladie.

Enfin, un contexte marqué par des contraintes financières fortes.

Les cancers constituent un enjeu à la fois médical, humain et social, mais aussi un enjeu économique.

Ce Plan cancer ne peut s'affranchir des contraintes financières auxquelles doit faire face notre système de santé. La recherche d'une efficience accrue des organisations et d'une plus grande pertinence des soins permettra de conserver une ambition forte pour accélérer les progrès et toujours améliorer la qualité des soins.

C'est l'ensemble de ces enjeux que le Plan cancer prend en compte.

L'ambition

Le Plan cancer 2014-2019 a pour aspiration première de répondre aux besoins et aux attentes des personnes malades, de leurs proches et de l'ensemble des citoyens. Il s'agit de guérir, bien sûr, mais aussi, d'accompagner la personne et ses proches et de préparer l'avenir de tous, par la recherche et la prévention. À cette fin, il traduit et soutient la mobilisation de l'ensemble d'une communauté de soignants, chercheurs, acteurs de prévention, mais aussi de professionnels du social ou de l'éducation qui travaillent au quotidien au service des malades et de la population.

La première ambition est de guérir plus de personnes malades, en favorisant des diagnostics précoces grâce au dépistage et en garantissant un accès rapide pour tous à une médecine d'excellence qui allie les pratiques les plus pertinentes à une prise en compte vigilante des besoins des personnes. Les indicateurs de qualité de la prise en charge seront précisés en lien avec les professionnels et rendus accessibles au public. Les professionnels de santé et de la recherche devront être accompagnés et soutenus par les pouvoirs publics dans l'évolution de leurs pratiques et dans la diffusion des innovations au bénéfice des patients. La France doit rester l'un des pays offrant les meilleures chances de guérison aux patients atteints de cancer.

La complexité de la prise en charge des cancers nécessite d'accompagner la personne malade pour ne pas la laisser seule planifier son parcours de soins. Le Plan donne aux médecins généralistes les moyens d'orienter le patient dans des délais rapides vers les équipes spécialisées dès le diagnostic de cancer ; il s'attache à ce que sa prise en charge soit conforme à ses besoins, à ses spécificités, à ses difficultés ; l'après-cancer doit être anticipé. Cette ambition implique une coordination et des échanges d'information entre professionnels de la ville et de l'hôpital que la Stratégie nationale de santé encourage.

Soigner les malades reste l'objectif premier. Mais grâce aux succès thérapeutiques croissants, le soin doit, de plus en plus, s'insérer dans une prise en compte plus large de la personne, touchée dans toutes les sphères de sa vie par la maladie. Cela signifie d'abord élargir l'approche du soin en accordant une place systématique aux soins de support et une vigilance accrue aux risques de séquelles. Le Plan cancer affirme fort la nécessité de préserver la continuité et la qualité de vie. Il s'attache à limiter les conséquences sociales et économiques de la maladie, à faciliter la prise en compte du cancer dans le monde du travail, la poursuite de la scolarité et des études, et autorise un « droit à l'oubli » dans l'accès à l'emprunt.

L'ambition est de guérir, de préserver la continuité de vie, mais aussi d'éviter que n'apparaisse la maladie. Le nombre de cancers que nous observerons dans 20 ans se décide aujourd'hui à travers les choix individuels ou collectifs que nous faisons. Le Plan lance ainsi le Programme national de réduction du tabagisme qui s'appuiera avec détermination sur tous les leviers pour lutter contre le tabagisme responsable de près de 30 % des décès par cancers. Plus globalement, il donne à chacun les moyens d'être acteur de sa santé en améliorant l'information sur les facteurs de risque et en développant de façon volontariste des programmes d'éducation à la santé à destination de la jeunesse. Il veille, parallèlement, à protéger la population des expositions reconnues à risque et particulièrement les travailleurs dans le cadre professionnel. Il intègre la nécessité de mieux comprendre les liens entre cancers et environnement.

Ce Plan prépare aussi la médecine de demain, centrée sur l'individu tant pour mieux cibler la prévention et les dépistages sur les populations à risque que pour proposer des traitements adaptés aux caractéristiques uniques des individus et de leur tumeur. Il anticipe les évolutions structurelles, organisationnelles et de formation des professionnels qu'implique la médecine personnalisée. Ces enjeux majeurs justifient des investissements importants dans la recherche de transfert et la recherche clinique. Parallèlement, le Plan conforte une recherche fondamentale innovante qui permet des ruptures conceptuelles dans la compréhension des maladies ou dans les traitements, gage des progrès à venir.

Le système de santé français en cancérologie est performant, l'ambition du Plan est de l'améliorer encore, mais aussi de le rendre plus équitable. Le combat contre les inégalités de santé et d'accès aux soins constitue l'un des enjeux prioritaires de la Stratégie nationale de santé. C'est également une priorité fixée par le président de la République pour ce Plan cancer conçu comme « un véritable Plan de lutte contre les inégalités ». La volonté de réduire les inégalités sociales, territoriales et économiques face à la maladie se traduit dans tous les domaines, qu'il s'agisse de prévention, de dépistages ou de soins. Le Plan s'attache, en particulier, à identifier, pour les réduire, les situations de pertes de chance pour les personnes malades, qu'elles prennent leur source dans les failles de l'organisation de notre système de santé ou dans les inégalités socioéconomiques.

Les deux premiers Plans cancer ont permis des avancées, notamment dans l'organisation des soins, qui ont bénéficié à d'autres pathologies. La lutte contre les cancers doit conserver sa capacité à porter des innovations au service des usagers et des malades. En élargissant l'offre des dépistages organisés, en renforçant la prévention des cancers évitables, en proposant des indicateurs exigeants sur la qualité des prises en charge et en assurant leur transparence, en proposant des organisations et des modes de financements propices à l'innovation, en soutenant le développement de la médecine personnalisée et en investissant dans la recherche, ce Plan cancer ouvre de nouvelles voies et propose des actions d'amélioration significatives de notre système de santé.

GUÉRIR PLUS DE PERSONNES MALADES

Guérir plus de cancers est aujourd'hui possible grâce au diagnostic précoce et aux progrès thérapeutiques.

Ainsi, le Plan renforce la politique de la France en matière de dépistage des cancers. Le dépistage organisé du cancer du col de l'utérus sera étendu à l'ensemble du territoire notamment pour réduire les inégalités face à ce cancer. Outre le soutien aux dépistages organisés des cancers du sein et colorectal, l'ambition est de proposer à chaque personne un dépistage adapté à son niveau de risque pour ces cancers. Enfin, le Plan incite à identifier de nouvelles opportunités de dépistage pour les cancers graves et fréquents.

Guérir plus de cancers, c'est aussi permettre à tous d'accéder à une prise en charge optimale. Qu'elle prenne source dans les inégalités sociales, territoriales ou dans les insuffisances de notre système de santé, la moindre perte de chance de guérison pour le malade est intolérable et doit être combattue partout où cela est possible. L'effort porte sur la réduction des délais de prise en charge dès la détection de cancer qui font encore l'objet d'une trop grande hétérogénéité. Le Plan ambitionne un niveau d'exigence accru pour la qualité et la sécurité des soins à travers des critères de qualité des pratiques cliniques, progressivement intégrés au dispositif d'autorisation des établissements et rendus publics pour une plus grande transparence. Une attention particulière sera portée sur l'organisation des prises en charges complexes ou spécifiques comme celles des enfants, adolescents, personnes âgées, ou des cancers rares. Parallèlement, les outils facilitant les échanges entre les différents professionnels intervenant dans le parcours des malades en ville comme à l'hôpital seront confortés et développés.

Le Plan améliorera l'accès aux progrès technologiques et thérapeutiques à travers l'évolution des organisations. Ces progrès imposent par ailleurs l'adaptation des formations aux métiers de la cancérologie. La recherche clinique sera soutenue pour valider plus vite les nouvelles pistes thérapeutiques améliorant la survie ou réduisant les toxicités. La France se donnera les moyens de rester à la pointe du développement de la médecine personnalisée. Il s'agit notamment de mieux détecter les

personnes à risque génétique de cancer pour adapter leur prise en charge et d'anticiper l'essor des thérapies ciblées dont la prescription repose sur l'identification d'anomalies moléculaires au sein des tumeurs. L'arrivée continue de nouveaux traitements préfigure une profonde évolution de la pratique clinique, du pronostic des cancers, mais aussi des impacts économiques qui appellent à la promotion d'une politique globale du médicament en cancérologie. Il faut tout à la fois stimuler l'émergence de l'innovation et garantir son accès au plus grand nombre.

OBJECTIF 1 : FAVORISER DES DIAGNOSTICS PLUS PRÉCOCES

Un diagnostic plus précoce permet, pour la majorité des cancers, un traitement plus efficace, avec un impact positif avéré sur le pronostic de la maladie. La détection des cancers à un stade débutant permet aussi de réduire la lourdeur et la durée des traitements et de diminuer l'importance des séquelles potentielles. Promouvoir des diagnostics précoces est donc un levier majeur d'amélioration de la prise en charge des patients atteints de cancer.

Pour certains cancers, un dépistage avant l'apparition de symptômes est possible ; il permet même parfois de détecter et traiter des lésions précancéreuses. Pour ces cancers, des dépistages organisés sont proposés à des populations cibles considérant que les bénéfices attendus en termes de santé publique sont supérieurs aux limites et aux risques. Cette balance bénéfice/risque est actuellement considérée comme positive pour les dépistages du cancer du sein et du cancer colorectal, qui font déjà l'objet de programmes nationaux. Elle l'est également pour le dépistage du cancer du col utérin qui va être généralisé sur l'ensemble du territoire. L'efficience des programmes de dépistages organisés existants (cancer du sein et cancer colorectal) sera renforcée, en les étendant à toutes les personnes avec des modalités adaptées à chaque niveau de risque de cancer, et en intensifiant la lutte contre les inégalités d'accès et de recours à ces dépistages qui doivent bénéficier à tous. Renforcer l'information des professionnels et des personnes est donc un enjeu prioritaire.

Les modalités de dépistage sont complexes et les pratiques des professionnels pas toujours conformes aux recommandations des autorités sanitaires. Les personnes s'engageant dans une démarche de dépistage doivent être en capacité de comprendre à partir d'informations fiables et objectives la proposition qui leur est faite et de décider de façon éclairée d'y adhérer.

Enfin, il est important d'évaluer en continu les innovations techniques et organisationnelles dont ces programmes pourraient bénéficier et de tout faire pour identifier de nouvelles opportunités de dépistage et de détection précoce pour les cancers les plus fréquents ou les plus meurtriers.

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

Près de 3 000 cas de cancers du col utérin sont diagnostiqués chaque année, qui font suite à des lésions précancéreuses beaucoup plus répandues, parfois source de prises en charge invasives. Ces lésions précancéreuses sont identifiées chez plus de 31 000 femmes chaque année, mais beaucoup échappent actuellement à tout dépistage, principalement dans les populations les plus vulnérables. Le Baromètre cancer 2010 montre en effet que le niveau d'études, de revenu et la catégorie socioprofessionnelle sont étroitement liés à la réalisation d'un dépistage. Plus de 1 100 femmes meurent chaque année de ce cancer, l'un des seuls pour lequel le pronostic se dégrade en France, avec un taux de survie à 5 ans après le diagnostic en diminution (68 % en 1989/91 à 64 % en 2001/04), avec un impact démontré du niveau socioéconomique sur la mortalité. Pourtant, le cancer du col de l'utérus est le seul cancer pour lequel il existe :

- un examen de dépistage, le frottis du col de l'utérus (ou à l'avenir une recherche directe du papillomavirus) qui permet à la fois de dépister les lésions précancéreuses et les cancers à un stade permettant plus facilement la guérison ;
- et un vaccin contre le principal facteur de risque, le papillomavirus.

Le Plan cancer porte donc un programme de santé publique dont l'objectif est de lutter contre les inégalités d'accès et de recours au dépistage du cancer du col utérin en s'appuyant sur un programme national de dépistage organisé, mobilisant le médecin généraliste, mais aussi les gynécologues et les sages-femmes, avec l'appui des structures de gestion des dépistages. Il s'agit en effet, après ceux du cancer du sein et du cancer colorectal, de mettre en place un troisième programme de dépistage d'envergure nationale. Ce programme se déploiera dans le cadre du dispositif national de dépistage existant et notamment des structures de gestion intervenant en appui du médecin traitant. Il s'inscrira dans le cadre de la Stratégie nationale de santé et de l'évolution des missions de l'Assurance maladie inscrite dans son contrat d'objectif et de gestion avec l'État. Son objectif est de réduire l'incidence et le nombre de décès par cancer du col de l'utérus de 30 % à 10 ans.

Parallèlement, le Plan vise à renforcer l'accès à la vaccination contre le papillomavirus dont l'impact est attendu à plus long terme. Le Plan met également en place les conditions du suivi et de l'évaluation de ce programme, et s'assure de la qualité des traitements à travers la diffusion de recommandations nationales pour une prise en charge adaptée des lésions précancéreuses et cancéreuses.

Action 1.1 : Permettre à chaque femme de 25 à 65 ans l'accès à un dépistage régulier du cancer du col utérin via un programme national de dépistage organisé.

La réalisation d'un frottis du col de l'utérus est recommandée chez les femmes asymptomatiques de 25 à 65 ans, tous les 3 ans (après 2 frottis normaux à 1 an d'intervalle). Les expérimentations de dépistage organisé menées dans 13 départements ont montré une augmentation du nombre de femmes réalisant cet examen. Le succès d'un tel dispositif repose sur la mobilisation de professionnels de santé, du secteur social et médicosocial et l'implication de collectivités territoriales. Grâce à la généralisation à l'échelle nationale, l'objectif est que le taux de couverture du dépistage dans la population cible passe de 50-60 % à 80 % et qu'il soit plus facilement accessible aux populations vulnérables ou les plus éloignées du système de santé.

La généralisation suppose plusieurs actions concrètes impliquant différents acteurs :

- Encadrer le dispositif de dépistage organisé du cancer du col utérin en définissant un cahier des charges qui prendra en compte les enseignements tirés des expérimentations, en ciblant les femmes ne réalisant pas de dépistage et les populations les plus vulnérables.
- Déployer le dispositif, son suivi et son évaluation en confortant le rôle du médecin généraliste et en s'appuyant sur les structures de gestion du programme de dépistage des cancers.
- Garantir aux personnes concernées une prise en charge totale des actes de dépistage par l'assurance maladie obligatoire et complémentaire dans le cadre de la mise en place de contrats solidaires et responsables et élargir dans ce cadre l'application de la dispense d'avance de frais (consultations, tests et actes de dépistage).
- Renforcer le rôle du médecin traitant dans l'initiation, la réalisation et le suivi du dépistage, et ajuster les objectifs de participation des patientèles des médecins traitants dans les objectifs de santé publique.
- Assurer, sous la responsabilité des ARS, la diversification des effecteurs et lieux de réalisation des frottis cervicaux-utérins, et impliquer l'ensemble des professionnels et collectivités concernés dans le programme de dépistage afin de faire face aux évolutions démographiques (médecins généralistes, gynécologues, sages-femmes, pathologistes, biologistes).
- Positionner dans le dispositif l'alternative par autoprélèvement pour les femmes qui ne font pas de frottis.
- Développer des actions d'information et de sensibilisation de la population et cibler particulièrement en lien avec les ARS les départements dont les taux de couverture sont inférieurs à 50 % de la population cible.
- S'assurer du respect des règles d'assurance qualité à toutes les étapes techniques et opérationnelles du programme.

Action 1.2 : Améliorer le taux de couverture de la vaccination par le vaccin anti-papillomavirus en renforçant la mobilisation des médecins traitants et en diversifiant les accès, notamment avec gratuité, pour les jeunes filles concernées.

Près de 70 % des cancers du col de l'utérus sont liés à une infection par les papillomavirus humains HPV 16 ou 18. Deux vaccins sont disponibles en France depuis 2006, mais la dynamique de vaccination connaît une inflexion depuis 2010 et le taux de couverture vaccinale est aujourd'hui inférieur à 30 %. La vaccination se heurte à plusieurs freins, dont la crainte d'effets secondaires, mais aussi le coût, avec un reste à charge d'environ 120 euros, hors coût des consultations médicales associées. La sûreté et l'efficacité du vaccin font pourtant l'objet d'une vigilance soutenue de la part des autorités de santé. Associée au frottis, la vaccination constitue une arme très efficace pour permettre une éradication du cancer du col de l'utérus. L'accessibilité de la vaccination aux populations socialement moins favorisées ou éloignées du système de soins est un enjeu majeur, car la mortalité par cancer du col de l'utérus est révélatrice de fortes inégalités sociales. Certains pays ont atteint des taux de couverture de 80 % grâce à la mise en place d'une vaccination systématique en milieu scolaire. Cette vaccination a été introduite dans les calendriers vaccinaux nationaux de 18 pays européens. Sur la durée du Plan, la France se donne donc pour objectif dans un premier temps d'atteindre une couverture vaccinale de 60 % et d'expérimenter l'acceptabilité d'une vaccination en milieu scolaire pour augmenter ce taux de couverture. Dans ce cadre, il est prévu de :

- Renforcer la communication vers les jeunes filles et les parents sur l'enjeu de la vaccination et son rapport bénéfices/risques, en mobilisant les relais locaux associatifs, les collectivités territoriales et les services de santé scolaire.
- Introduire dans les rémunérations sur objectifs de santé publique des médecins traitants un indicateur de progrès de la vaccination anti-HPV, en complément de l'indicateur existant pour le frottis du col de l'utérus.
- Promouvoir la diversification des structures de vaccination dont certaines permettent un accès gratuit à la vaccination : centres de vaccination, centres d'examens de santé, centres de dépistage anonyme et gratuit (CDAG), centres d'information, de dépistage et de diagnostic des infections sexuellement transmissibles (CIDDIST), maisons de santé pluridisciplinaires…
- Autoriser la vaccination par les infirmier(e)s diplômé(e)s d'État.
- Promouvoir des études en sciences humaines et sociales et en épidémiologie descriptive sur l'acceptabilité de la vaccination en milieu scolaire pour les jeunes filles de 11 à 14 ans.

Action 1.3 : Assurer aux femmes chez lesquelles une anomalie a été détectée une prise en charge adaptée.

Dans le cadre de la généralisation du dépistage, 6 millions de femmes devraient réaliser un frottis chaque année. Le taux de frottis anormal attendu est de 3,9 %, soit 235 000 femmes chaque année, et des lésions précancéreuses ou cancéreuses seront constatées chez plus de 31 000 femmes. Il est donc essentiel que le programme de dépistage s'accompagne d'une actualisation des conduites à tenir devant un frottis anormal pour garantir des prises en charge adaptées.

- Actualiser et diffuser les recommandations de prise en charge des lésions précancéreuses et cancéreuses en précisant les indications d'utilisation des différentes options thérapeutiques, pour éviter les conisations en excès et minimiser le surtraitement. S'assurer de leur application par les professionnels concernés.

Action 1.4 : Mettre en place une évaluation de la stratégie de lutte contre le cancer du col de l'utérus pour guider et réajuster les dispositifs.

- Assurer le recueil et l'analyse au niveau régional et national des informations et données nécessaires au suivi de ces programmes, à l'analyse des inégalités d'accès et à l'évaluation pluriannuelle de l'organisation mise en place, ainsi que du respect des bonnes pratiques de prise en charge.

- Évaluer, sous l'angle médico-économique, la stratégie intégrée de dépistage et de vaccination et ses évolutions potentielles.

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

Le diagnostic à un stade précoce du cancer permet un traitement le plus souvent moins long, moins compliqué, moins douloureux et moins mutilant, et contribue à améliorer le pronostic de la maladie.

Dans ce but, un programme de dépistage organisé a été mis en place en 2004 pour le cancer du sein et 2009 pour le cancer colorectal, sous l'impulsion des précédents Plans cancer. Près de 16 000 cancers sont détectés annuellement par le programme de dépistage organisé du cancer du sein. Sur la période 2009-2010, le programme de dépistage organisé du cancer colorectal a permis de détecter chaque année près de 4 500 cas de cancers colorectaux et de prendre en charge plus de 10 000 personnes ayant au moins un adénome avancé (lésion précancéreuse).

Après une progression régulière, le taux de participation national au programme de dépistage organisé du cancer du sein stagne depuis 2008. Il était de 52,7 % en 2012 et n'aura pas atteint l'objectif de 65 % fixé à l'échéance 2013 par le Plan cancer 2009-2013. Sur la période 2011-2012, 17 millions de personnes âgées de 50 à 74 ans ont été invitées à faire un dépistage du cancer colorectal. Cinq millions d'entre elles ont réalisé le test, soit un taux de participation de 31,7 %. Cette participation est stable et reste très inférieure aux recommandations européennes, de 45 % au minimum.

L'enjeu pour les années à venir est donc de parvenir aux objectifs de participation grâce à des programmes rendus plus efficients et accompagnés d'une information sur les avantages et inconvénients du dépistage permettant à chacun d'en mesurer les enjeux.

Ces dépistages sont destinés aux populations à risque standard de cancer (environ 80 % de la population) et excluent actuellement les personnes à risque aggravé (prédispositions génétiques, antécédent personnel ou familial de cancer notamment) qui paradoxalement ne font pas l'objet d'un suivi organisé et d'une incitation systématique à se faire dépister, et dont le suivi est hétérogène.

Le Plan prévoit que chaque personne se voit proposer une modalité de dépistage et de suivi adaptée au niveau de risque de chaque individu. Le médecin traitant et les autres professionnels de santé intervenant bénéficieront de l'appui logistique des structures de gestion des programmes de dépistage, pour s'assurer qu'une proposition de dépistage est faite à l'ensemble des personnes ciblées, tenant compte des recommandations de la HAS et de l'INCa.

Enfin, la réduction des inégalités d'accès au dépistage demeure une priorité majeure qui devra être évaluée grâce à des indicateurs précis. Des actions spécifiques ciblant les personnes à risque et en situation de vulnérabilité seront soutenues.

Action 1.5 : Proposer, par le médecin traitant, à chaque personne la modalité de dépistage et de suivi adaptée à son niveau de risque de cancer du sein ou de cancer colorectal, en intégrant les personnes à risque aggravé dans les programmes de dépistages, avec l'appui des structures de gestion et de l'Assurance maladie.

- Préciser, pour les cancers du sein et colorectaux, les options de dépistage ou de suivi selon les niveaux de risque pour garantir à chacun l'accès à la meilleure modalité de dépistage en fonction de son risque de cancer.
- Diffuser à la population, en lien avec les professionnels de santé concernés, une information sur les facteurs définissant les niveaux de risque, les examens ou tests pertinents et validés, la balance bénéfices/risques de chaque procédure.
- Mobiliser les acteurs du dépistage (professionnels de santé, structures de gestion) pour assurer aux personnes à risque aggravé le même niveau de sensibilisation, d'incitation et de suivi qu'aux personnes à risque standard.
- Expérimenter différentes procédures d'invitation à réaliser un examen de dépistage ou de suivi pour les personnes à risque aggravé.

Action 1.6 : Accroître l'efficacité des programmes de dépistage organisé du cancer du sein et du cancer colorectal.

- Optimiser les conditions de déploiement des évolutions technologiques dans les programmes de dépistage en commençant par les tests immunologiques pour les cancers colorectaux et l'utilisation de la dématérialisation des mammographies pour le cancer du sein.

- Accompagner le développement et l'évaluation des innovations et définir leurs places et leurs conditions optimales d'utilisation dans les programmes (tomosynthèse, tests sanguins).

- Mettre en place une démarche d'assurance qualité, concernant toutes les étapes du dépistage en cohérence avec les recommandations françaises et européennes.

- Mieux prendre en compte les dimensions éthiques liées au dépistage organisé dans l'information et l'organisation du dispositif.

Action 1.7 : Lutter contre les inégalités d'accès et de recours aux programmes de dépistage.

- Assurer une équité d'accès au dépistage par une dispense d'avance de frais et une prise en charge totale des actes de dépistage et des examens complémentaires liés au dépistage (échographie mammaire après mammographie suspecte dans le dépistage organisé notamment) : la mise en place des contrats responsables par les organismes complémentaires permettra de garantir aux assurés une prise en charge totale des actes de dépistage (consultations, tests et examens de dépistage) par l'Assurance maladie obligatoire et complémentaire. La généralisation du tiers payant y associera une dispense d'avance de frais.

- Soutenir la recherche interventionnelle dans le domaine de la lutte contre les inégalités face au dépistage et mettre en œuvre des expérimentations visant à renforcer la capacité des personnes à décider de leur intégration dans le parcours de dépistage.

- Recenser et mettre en œuvre des organisations et des approches ayant démontré leur efficacité (spécifiquement ou par analogie) pour faciliter l'entrée dans les dispositifs de dépistage (équipes mobiles, transport…).

- Suivre et analyser spécifiquement, en vue de mener des actions ciblées en lien avec les ARS, la participation aux programmes de dépistage de populations identifiées comme vulnérables ou ayant des difficultés d'accès : personnes en situation de précarité, de handicap (moteur, sensoriel ou mental), personnes vivant en lieux de privation de liberté (établissement pénitentiaire), personnes résidant dans des institutions, personnes isolées géographiquement, ou devant faire face à des difficultés socioculturelles ou linguistiques.

- Produire, en lien avec les ARS, des analyses territoriales des inégalités face au dépistage des cancers, par un géocodage des bases de données des programmes de dépistage, par une territorialisation des indicateurs relatifs au parcours de dépistage et par une identification des populations potentiellement moins participantes, en intégrant les déterminants socioéconomiques et sanitaires et en s'appuyant sur les acteurs du champ de l'observation au niveau local ou régional (ORS notamment).

Action 1.8 : Encourager la mise en place d'organisations territoriales, de coopération entre les différents acteurs et d'approches de dépistage réduisant les inégalités d'accès (voir Actions 16.4 et 16.5).

Permettre à chacun de mieux comprendre les enjeux des dépistages

La balance bénéfices/risques est reconnue comme favorable pour les dépistages du cancer du sein, du cancer colorectal et du cancer du col de l'utérus, dans le cadre de l'assurance qualité permise par des programmes organisés. Mais la nécessité de mieux prendre en compte le niveau de risque de cancer dans une approche personnalisée de dépistage et l'existence d'examens réalisés en dehors des programmes organisés rendent parfois complexe, pour la population, la compréhension de ces dispositifs. Par ailleurs, toute démarche de dépistage comporte des risques inhérents, ainsi les bénéfices du dépistage, mais aussi ses inconvénients ou limites doivent être expliqués de façon transparente pour que les personnes puissent comprendre les enjeux d'une démarche de dépistage, organisée mais aussi individuelle, et décider de façon éclairée d'y adhérer ou non. Les situations conduisant à un surdiagnostic ou à un surtraitement doivent être mieux évaluées, limitées et encadrées.

L'appropriation des recommandations de dépistage par les professionnels de santé est un autre enjeu, pour encourager les dépistages recommandés tout en limitant les pratiques inadaptées, inutiles ou préjudiciables. Le Plan vise à se donner les moyens d'évaluer la pertinence des pratiques de dépistage selon les recommandations des autorités sanitaires.

Action 1.9 : Améliorer l'information des populations concernées par les dépistages pour leur permettre de faire des choix éclairés.

- Mettre à la disposition de la population une information complète, précise, actualisée et accessible sur les recommandations et modalités de dépistage et sur leurs avantages et inconvénients. Développer des partenariats institutionnels ou associatifs pour faciliter la diffusion et l'appropriation de cette information.

- Poursuivre les campagnes nationales d'information sur les dépistages organisés et notamment sur le dépistage du cancer colorectal pour maintenir la mobilisation de l'ensemble des acteurs et sensibiliser la population à l'enjeu de ce dépistage.

- Apporter un soutien aux actions régionales et territoriales d'information des populations, notamment celles ciblant des groupes de population les plus éloignés du système de santé ou présentant des particularités linguistiques ou culturelles.

- Renforcer les études d'impact des actions d'information nationales et régionales en recensant les approches ayant démontré la meilleure efficacité et en étudiant de façon régulière l'appréciation de la balance bénéfices/risques par les personnes concernées par le dépistage, pour adapter les actions au plus près de leurs connaissances.

- Définir des outils ou des actions pour aider les professionnels de santé, notamment les médecins traitants, à mieux informer et orienter leurs patients, proposer des approches facilitant la transmission par le médecin traitant d'une information objective sur les dépistages.

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

- Identifier, en s'appuyant sur les sociétés savantes, les professionnels de santé et les organismes producteurs de recommandations de bonne pratique, les situations de dépistage ou de détection précoce inadaptées et informer la population et les professionnels de santé.

- Quantifier, lorsque c'est possible via les bases médico-administratives ou par des enquêtes, l'importance des pratiques inadaptées de dépistage ou de détection précoce et l'application effective des recommandations.

- Étudier la possibilité d'une prise en charge différenciée ou d'une non-prise en charge par les régimes d'assurance maladie des examens et tests de dépistage ou de détection précoce réalisés en dehors des recommandations ou dont l'efficacité n'est pas avérée.

Identifier de nouvelles opportunités de diagnostics précoces

Des travaux récents ont montré l'intérêt d'un dépistage du cancer du poumon chez le fumeur par scanner à faible dose, avec une réduction de la mortalité. Cependant, ces résultats doivent être confirmés et les modalités de réalisation, les populations ciblées, la répétition des examens dans le temps et la conduite pratique en cas de découverte de lésions doivent encore être précisées. L'enjeu est majeur, le cancer du poumon représentant la première cause de mortalité par cancer avec 30 000 décès annuels, le plus souvent en raison d'un diagnostic tardif. Le dépistage du cancer de la prostate par le dosage du PSA présente de nombreuses limites ayant conduit la HAS à ne pas recommander son utilisation en population en raison du risque de surtraitement. Les travaux cherchant à définir une modalité plus performante de dépistage permettant le diagnostic, mais aussi de mieux caractériser l'évolutivité du premier cancer de l'homme doivent être soutenus.

D'autres modalités, qu'elles représentent des évolutions techniques ou organisationnelles dans le cadre des programmes nationaux ou qu'elles se rapportent à de nouvelles opportunités de dépistage, sont étudiées et pourraient couvrir à terme les localisations les plus fréquentes et/ou plus meurtrières de cancers.

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

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

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

Garantir à chaque personne l'accès à une prise en charge de qualité, quels que soient son lieu de résidence, la gravité de sa maladie et la complexité potentielle de son traitement, est un objectif d'équité du Plan.

L'évolution des prises en charge en cancérologie nécessite une action forte améliorant l'articulation entre les différentes étapes du parcours de la personne, dès le diagnostic initial de la maladie, grâce à une coordination et des échanges d'information accrus entre professionnels. Le médecin généraliste et toute l'équipe de premier recours doivent être soutenus et leur travail facilité, tant ils jouent un rôle déterminant dans la rapidité d'accès à la confirmation du diagnostic et au bilan nécessaires à la prise en charge. La réduction des délais, l'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins doivent être suivies par des indicateurs partagés par les professionnels et rendus publics. L'accessibilité aux examens et aux équipes les plus pertinentes doit être améliorée pour éviter toute perte de chance. Les professionnels de santé doivent pouvoir s'appuyer sur des recommandations précises de prise en charge et des circuits clairs d'adressage des patients notamment dans les situations complexes, lorsque le recours à d'autres compétences est nécessaire.

Réduire les délais entraînant des pertes de chance

Le parcours de soins en cancérologie débute dès la forte suspicion ou confirmation du diagnostic ; dès ces premières étapes, l'orientation pertinente et rapide des patients contribue à éviter des pertes de chance. Outre qu'ils génèrent une anxiété évitable, les délais de prise en charge sont un facteur pronostique, pour les cancers du sein notamment. Les délais doivent être raccourcis et les malades mieux accompagnés dans leur parcours initial pour éviter l'errance thérapeutique et pour remédier à des délais d'adressage très variables. En aval, les différentes étapes de la prise en charge doivent s'enchaîner sans perte de temps inutile.

Le délai moyen d'accès à une IRM, notamment, est aujourd'hui de 27 jours[1] pour un bilan initial ; le délai est donc long en moyenne et il regroupe par ailleurs des réalités d'accès hétérogènes, sources d'inégalités. Bien que le taux d'équipements ne soit pas seul en cause et que jouent également des facteurs organisationnels, la France apparaît sous-équipée en IRM par rapport à la moyenne européenne (10/million d'habitants, contre 20/million d'habitants en Europe de l'ouest). Une optimisation de l'utilisation et une adaptation du parc d'IRM sont nécessaires

[1] Enquête 2011 sur les délais de rendez-vous pour un examen IRM, Institut national du cancer.

pour réduire à un maximum de 20 jours le délai moyen d'accès à une IRM et pour garantir des délais optimaux dans les situations les plus critiques susceptibles d'entraîner une perte de chance. Au-delà des délais d'accès, cette optimisation permettra de faire face au besoin de substitution d'examens d'imagerie nucléaire par l'IRM et de faciliter la substitution la plus systématique possible d'examens irradiants par des examens non irradiants, en particulier pour les enfants.

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

- Aider le médecin généraliste ou l'équipe de premier recours à adresser rapidement leurs patients vers l'équipe de cancérologie adaptée en améliorant la lisibilité de l'offre locorégionale (voire interrégionale pour les cancers de l'enfant ou les pathologies rares ou très complexes), grâce aux réseaux régionaux de cancérologie, en lien avec les ARS en charge de l'organisation de cette offre.

- Sensibiliser les médecins traitants aux circonstances de découverte des cancers et notamment de l'enfant, de l'adolescent et du jeune adulte et leur donner les outils via des recommandations pour une orientation rapide vers les centres spécialisés.

- Mettre en place dans chaque service hospitalier autorisé pour le traitement du cancer et dans chaque structure de coordination (plateformes d'appui, réseaux territoriaux…) un numéro de téléphone dédié au médecin traitant coordonnant l'équipe de premier recours.

Action 2.2 : Développer une politique active de maîtrise des délais de prise en charge.

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

- Inscrire les délais de prise en charge parmi les indicateurs de qualité rendus publics par les établissements.

- Organiser, au niveau national et régional, une politique active et continue d'amélioration des délais. Confier aux ARS, en lien avec les réseaux régionaux de cancérologie, un suivi continu des délais par la mise en place d'indicateurs spécifiques et de tableaux de bord. Fixer aux établissements ayant des délais importants un objectif contractuel d'amélioration (CPOM ARS/établissement).

Action 2.3 : Réduire les inégalités territoriales et harmoniser les délais d'accès à l'IRM et à la TEP.

- Saisir la HAS et l'INCa sur des référentiels de techniques d'IRM et de délais de prise en charge recommandés par localisation cancéreuse.

- Prioriser chez l'enfant la substitution de la TDM par l'IRM lorsque cela est possible et pertinent en s'appuyant sur des recommandations de bonne pratique de l'imagerie chez l'enfant.

- Optimiser l'utilisation du parc d'IRM en améliorant les organisations, si besoin par le développement de coopérations.

- Ajuster le maillage territorial des équipements en IRM et TEP-CT sous la responsabilité des ARS pour corriger les inégalités d'accès et les situations territoriales identifiées comme critiques. Mettre à niveau le parc existant et aider à l'investissement dans les régions sous-équipées en IRM.

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

Le cancer a toujours constitué un terrain d'application privilégié de la régulation par la qualité et de la sécurité des soins visant à l'amélioration de la prise en charge de cette pathologie. Il a bénéficié en particulier de l'introduction de critères de qualité, d'agrément et de la définition de seuils d'activité minimale à respecter dans la prise en charge de certains cancers.

Le Plan prévoit de franchir une nouvelle étape dans l'affirmation d'un dispositif de garantie de la qualité, adaptée à la pathologie de chaque patient sur l'ensemble du territoire. Par la définition d'indicateurs de qualité des pratiques dont les résultats seront progressivement rendus publics, il vise à mieux informer les patients en apportant une transparence sur la qualité des prises en charge. Cette démarche devrait servir de modèle aux autres disciplines médicales.

Le régime d'autorisation en cancérologie a permis une véritable structuration de l'offre de soins en cancérologie. Son évolution doit être l'occasion de mieux organiser les prises en charge non encore soumises à autorisation, les prises en charge complexes, en tenant compte des évolutions technologiques et de l'accès à l'innovation.

Action 2.4 : Garantir une amélioration de la qualité et sécurité des prises en charge en mobilisant les dispositifs de certification, d'accréditation et en assurant une diffusion publique des indicateurs de qualité.

- Promouvoir et adapter les indicateurs de qualité et de sécurité des soins (IQSS) existants (niveau d'exigence et adaptation aux prises en charge complexes, intégration des indicateurs de délai d'envoi des documents d'interface avec le premier recours - type PPS et PPAC) et adapter les indicateurs de satisfaction des patients à la spécificité de la prise en charge du cancer.

- Introduire des indicateurs de qualité de prise en charge des patients par localisations de cancers (notamment indicateurs de mortalité et de morbidité) et par établissement, établis en lien avec les professionnels et rendus accessibles au public.

- Développer, dans la certification des établissements de santé, une approche par parcours du patient atteint de cancer, qui pourrait aller jusqu'à une certification de parcours, et adapter la méthode du patient traceur dans le champ de la cancérologie.

- En s'appuyant sur le modèle de l'accréditation des médecins de spécialités à risque, étudier la possibilité de développer une accréditation spécifique à la prise en charge du cancer, concernant les praticiens et les équipes hospitalières et étudier la possibilité de l'étendre, pour certaines spécialités comme la dermatologie, à la prise en charge en ville.

Action 2.5 : Réviser et faire évoluer les critères d'agrément à la prise en charge du cancer par l'INCa avec l'appui de groupes d'experts, pour améliorer notamment l'orientation des situations complexes.

- Introduire dans les critères d'agrément :
  - des indicateurs de qualité et d'efficience par type de cancer proposés par les professionnels,
  - des critères d'agrément transversaux portant notamment sur :
    - la maîtrise d'une démarche intégrée de gestion des risques associés aux soins, prenant également en compte les risques psychosociaux (syndrome d'épuisement professionnel des soignants) rencontrés au sein des équipes,
    - la définition et la mise en œuvre d'un plan de développement professionnel continu de l'ensemble des professionnels de santé impliqués dans l'accueil et le traitement de patients atteints de cancer,
    - l'amélioration des résultats de satisfaction en encourageant une plus grande implication des patients, une communication renforcée entre soignant et soigné ayant notamment pour objectif une meilleure observance,
  - des critères d'agrément spécifiques pour mieux prendre en compte la particularité de l'oncopédiatrie et la problématique de la prise en charge des adolescents et jeunes adultes, le déploiement des prises en charge innovantes, ou la prise en compte de nouvelles contraintes dans le champ du circuit du médicament, de la bioéthique ou de la radioprotection…

Action 2.6 : Faire évoluer le périmètre des autorisations de traitement du cancer prenant en compte les changements dans les techniques de prises en charge et l'accès à l'innovation.

La définition des conditions d'activité des équipes en cancérologie est un enjeu central. Il importe d'encadrer les situations pour lesquelles la littérature met en évidence de potentielles pertes de chance et d'assurer dans un contexte de fortes innovations techniques, la sécurité nécessaire.

- Intégrer dans le périmètre des autorisations les pratiques de traitement du cancer qui n'y sont pas soumises actuellement et dont la nature justifierait, en termes de sécurité et de qualité, que leurs conditions techniques de fonctionnement soient précisées (actes à identifier, par exemple les actes interventionnels, compétences et environnement nécessaires) ;

- Encadrer les nouvelles techniques ou modalités de prise en charge, comme la chimiothérapie orale, dans le secteur des soins de ville : sécuriser cette prise en charge et mettre en place des actions de communication en matière de bon usage des chimiothérapies orales, impliquer le patient et les professionnels de premier recours dans le suivi de ces traitements en développant l'éducation thérapeutique sur ce sujet (voir Actions 3.1 à 3.4)
- Intégrer les travaux de la HAS sur le lien entre volumes d'activité et sécurité des prises en charge (approche multidimensionnelle pour les activités soumises à seuils) et évaluer la pertinence de seuil par équipe ou par praticien, par localisation ou par appareil dans la prise en charge du cancer.
- Analyser l'impact de cette nouvelle approche sur l'offre de soins et le maillage territorial.

Action 2.7 : Définir et diffuser auprès des professionnels de santé et du public les pratiques cliniques de référence.

Les traitements des différents cancers doivent continuellement s'adapter du fait d'évolutions rapides des connaissances en oncologie. Lutter contre les écarts de pratiques et permettre à chaque patient de bénéficier des innovations est un enjeu tant en termes de qualité des soins que de maîtrise des dépenses publiques, en particulier dans le champ des médicaments anticancéreux. Il existe donc un besoin d'accompagner de manière constante les professionnels dans leur appropriation de ces connaissances, et de veiller à la conformité des pratiques aux standards thérapeutiques. Pour répondre à ce besoin, plusieurs acteurs se sont engagés dans la production de référentiels et recommandations de bonnes pratiques. Il existe ainsi un nombre important de documents au niveau national qui rend difficile l'identification des sources de référence et apporte de la confusion pour les professionnels.

- Mettre en place un dispositif national global, piloté par l'Institut national du cancer, permettant :
  - de formaliser les prises en charge standard sous forme de référentiels nationaux uniques, en incitant à des études complémentaires si les données sont insuffisantes,
  - de définir en particulier les protocoles de chimiothérapie de référence pour pouvoir guider les pratiques, identifier les prescriptions non justifiées au niveau national (situations non acceptables) à partir des données des OMEDIT) ou, à l'inverse, les situations hors AMM justifiant d'un encadrement particulier (exemple : RTU, essais cliniques).
- Produire et diffuser en miroir une information pour les malades sur ces pratiques de référence (voir Action 7.13).

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

Le dispositif d'autorisation actuel, fondé sur des seuils d'activité généraux par établissement et par groupes de pathologies, a permis d'améliorer le niveau général des pratiques. En appui aux équipes assurant les prises en charge standard, il est nécessaire d'organiser les modalités du recours à des équipes plus spécialisées dans toutes les situations particulières dont le niveau de complexité nécessite un aiguillage spécifique. L'orientation inadéquate des patients peut effectivement avoir un impact significatif en termes de pronostic.

En effet, certaines situations complexes de prise en charge, qu'elles relèvent de la chirurgie, de la radiothérapie, de la radiologie interventionnelle, voire de la chimiothérapie, nécessitent :

- de se dérouler dans un environnement de plateau technique spécifique ;
- d'être réalisées par des professionnels ayant développé une compétence particulière liée à la régularité de leur pratique et aux formations réalisées.

L'orientation de ces patients et l'aide à la décision doivent donc être organisées, et s'effectuer avec l'appui de la RCP via des procédures définies et identiques sur le territoire.

Action 2.8 : S'assurer qu'un patient nécessitant une prise en charge complexe soit adressé vers une équipe ayant les compétences et la capacité technique adaptées.

Il s'agira de définir au niveau national une gradation de l'offre de soins en cancérologie permettant d'identifier le niveau de recours adapté aux prises en charge complexes, afin de mieux orienter les malades vers les équipes en capacité de les prendre en charge.

- Identifier les pathologies et situations complexes, ou nécessitant un plateau technique particulier, pour lesquelles un adressage des malades vers des centres identifiés ayant un niveau adapté de compétence et d'expertise permet d'éviter tout risque de perte de chance.

- Développer des recommandations particulières, voire une évolution du dispositif d'encadrement réglementaire du traitement du cancer si cela est justifié.

Les cancers de l'ovaire, de l'endomètre, de l'œsophage, du foie et du pancréas et potentiellement du testicule pourraient relever de ce dispositif, mais d'autres pathologies, identifiées en lien avec les sociétés savantes pourraient justifier aussi de telles dispositions dans le domaine de la radiothérapie, de la chimiothérapie ou de la chirurgie du cancer.

Action 2.9 : Définir dans chaque discipline de prise en charge ce qui relève d'un équipement de « centre de proximité » et ce qui relève d'une structure de « recours » intégrant des techniques hautement spécialisées.

- Définir des centres de radiothérapie de recours au niveau national pour les techniques particulièrement complexes (protonthérapie, radiothérapie peropératoire) et structurer leur collaboration avec les centres de proximité.

- Identifier les équipes pratiquant des actes de chirurgie innovants (robot chirurgical…) ou de médecine interventionnelle.

Action 2.10 : Garantir à chaque malade que la proposition thérapeutique qui lui est faite a pu s'appuyer sur l'avis d'une RCP spécialisée lorsque la situation ou la complexité de sa prise en charge le justifient.

Dans un certain nombre de situations complexes, lorsque l'opportunité d'une prise en charge très spécifique répondant à des indications précises doit être discutée, ou lorsque plusieurs options thérapeutiques très différentes sont envisageables, mais que l'équipe locale n'a la maîtrise que d'une partie d'entre elles, le dossier du patient doit être adressé pour avis à une RCP spécialisée. Le but est d'élargir les compétences mobilisées pour parvenir à une proposition thérapeutique ayant étudié la pertinence d'une prise en charge spécifique ou la mobilisation d'une thérapeutique innovante, pour éviter toute perte de chance pour le patient, dans une logique comparable à ce qui est mis en place avec l'organisation de la prise en charge des cancers rares.

- Identifier, au plan national, des situations qui relèvent de cette organisation spécifique et déterminer le niveau pertinent de réunion de ces RCP spécialisées.

- Déterminer les conditions pratiques de la mise en place, de l'implantation et du fonctionnement de ces RCP spécialisées (délai de réponse, contractualisation interétablissements, mécanismes de compensation financière, garantie de l'accessibilité du patient à la prise en charge préconisée). Les établissements ultramarins pourront si nécessaire formaliser des liens avec des établissements de métropole hébergeant des RCP spécialisées.

Action 2.11 : Renforcer les conditions de la réalisation des allogreffes de cellules souches hématopoïétiques et évaluer le dispositif au regard des besoins territoriaux et de la qualité.

- Évaluer l'organisation territoriale (accessibilité par région) et l'organisation interne des services (nombre de chambres dédiées, formation des équipes, seuils d'activité) en vue d'une adaptation aux besoins.

- Améliorer l'efficience du réseau de sang placentaire, pour répondre au besoin des patients adultes, selon les recommandations internationales actualisées.

Action 2.12 : Faciliter pour chaque patient l'accès à un second avis concernant sa prise en charge et les options thérapeutiques, conformément à la loi du 4 mars 2002.

Chaque patient doit pouvoir facilement, et sans que cela n'ait d'impact sur ses relations avec l'équipe qui le prend en charge, recueillir un second avis spécialisé concernant la prise en charge de son cancer et les différentes options de traitement qui peuvent être proposées dans son cas. L'équipe assurant la coordination de la prise en charge doit permettre la mise à la disposition de l'ensemble des éléments de son dossier médical nécessaires à ce second avis, et orienter le patient si c'est son souhait vers un médecin dont le champ de compétence correspond à sa pathologie. Le réseau régional de cancérologie peut représenter un appui à l'identification de ce recours.

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

Ce Plan a la volonté de prendre en compte les spécificités des enfants, des jeunes, des personnes âgées ou celles liées aux cancers rares nécessitant des prises en charge particulières ou justifiant d'organisations dédiées. Le deuxième Plan cancer avait permis l'émergence de ces organisations qui doivent être confortées ou complétées pour assurer pleinement leur rôle et mieux couvrir l'ensemble des besoins.

Il s'agit notamment de l'organisation de la cancérologie pédiatrique permettant la tenue de RCP interrégionales qui a permis d'harmoniser les pratiques en répondant aux situations les plus fréquentes. Ce dispositif doit être renforcé par un accès au recours pour des situations plus complexes ou plus rares nécessitant l'intervention d'équipes ayant des compétences spécifiques. En parallèle, il convient d'étendre le dispositif aux prises en charge des adolescents et jeunes adultes (AJA). En effet, cette population jeune est exposée à plusieurs difficultés simultanées, du fait de l'âge charnière entre l'enfant et l'adulte compliquant leur adressage en hospitalisation, d'une moindre adhésion aux traitements nécessitant un accompagnement particulier et de spécificités inhérentes aux types de cancers survenant dans cette tranche d'âge qui impliquent des protocoles dédiés. Ainsi, des organisations régionales ou interrégionales adaptées tenant compte des compétences des équipes existantes seront envisagées.

Action 2.13 : Assurer aux adolescents et jeunes adultes une prise en charge tenant compte de leur spécificité et s'attachant au maintien du lien social.

Le but est d'organiser au niveau régional ou interrégional une structuration de la prise en charge spécifique des adolescents et jeunes adultes atteints de cancer, répondant à des objectifs définis dans un cadre national. Ce cadre pourrait comprendre à la fois des critères en matière d'expertise médicale des équipes concernées, mais aussi de réponse à des besoins spécifiques notamment en termes de préservation du lien social. Posant le constat de spécificités réelles de la prise en charge des adolescents et jeunes adultes, plusieurs dispositifs et organisations ont été expérimentés dans le cadre du Plan cancer 2009-2013, visant à assurer une prise en charge coordonnée entre oncologues pédiatres et

adultes, et un accompagnement psychologique et social (scolarité, retour à l'emploi).

- Définir, sur la base des résultats de ces expérimentations, un cadre national précisant les objectifs et critères attendus pour un service prenant en charge des adolescents et jeunes adultes.

- Organiser au niveau de chaque région ou interrégion, en fonction du contexte local et en s'appuyant sur les points forts des organisations en place, un dispositif optimal capable de répondre aux besoins spécifiques identifiés et aux objectifs fixés nationalement.

Action 2.14 : Harmoniser l'organisation des dispositifs de double lecture des prélèvements tumoraux entre les différents cancers rares de l'adulte et mettre en place un dispositif de double lecture des tumeurs solides malignes de l'enfant.

- L'objectif de cette action est d'harmoniser les financements et organisations des dispositifs de double lecture anatomocytopathologique des cancers rares et des lymphomes de l'adulte dans un souci de cohérence globale de prise en charge des maladies rares, et de permettre aux enfants atteints de cancer de bénéficier d'une double lecture en cas de tumeur maligne solide.

Action 2.15 : Identifier et labelliser des centres de référence au niveau national pour les prises en charge des enfants présentant des tumeurs rares.

- La mise en place des RCP interrégionales pour la pédiatrie est encore en cours et cette organisation fera l'objet d'une évaluation et d'un éventuel ajustement. Ces RCP interrégionales ont été un levier important d'amélioration des pratiques, mais ce niveau de concertation interrégional apparaît insuffisant pour répondre à la prise en charge de cancers rares de l'enfant qui nécessitent d'avoir recours à des compétences très spécialisées. Le Plan cancer propose donc une nouvelle approche permettant de compléter le dispositif de prise en charge des enfants.

- Il s'agira de mettre en place une organisation nationale, reposant sur des centres de référence labellisés par l'INCa, en charge d'assurer une proposition thérapeutique adaptée et l'orientation des enfants concernés vers des équipes spécialisées dans des situations particulières ou complexes identifiées au plan national (cancers très rares de l'enfant ou indication de recours à des techniques très spécialisées comme la protonthérapie).

Répondre aux besoins spécifiques des personnes âgées

La structuration de la prise en charge des personnes âgées a débuté en 2006. Elle se doit de couvrir l'ensemble du territoire en raison des besoins complexes et de l'incidence de la maladie dans cette tranche d'âge. Il conviendra de faire monter en charge et en responsabilité l'organisation actuelle dédiée aux personnes âgées qui sont confrontées à la maladie cancéreuse dans un contexte de comorbidités fréquentes et de fragilité accrue, nécessitant impérativement un regard pluridisciplinaire.

Action 2.16 : Améliorer la prise en charge des personnes âgées atteintes de cancer et la prise en compte de leurs besoins spécifiques, notamment en s'appuyant sur une recherche clinique renforcée pour cette population.

La prise en charge des personnes âgées, caractérisées par plusieurs éléments de fragilité dans la prise en charge du cancer (polypathologies fréquentes, difficultés de mobilité), est une priorité.

La réponse apportée aux besoins de cette population devra s'ancrer dans l'organisation nationale intégrant les DOM définie par le Plan cancer 2009-2013 et qui a trouvé une concrétisation récente avec le déploiement d'unités et d'antennes de coordination en oncogériatrie (UCOG). Ces unités doivent avoir un rôle de diffusion des bonnes pratiques dans une perspective d'homogénéisation régionale, mais aussi un rôle dans la recherche et la formation des professionnels. Il est nécessaire également d'évaluer les résultats obtenus par ces unités en termes de modifications des pratiques et notamment en termes de diffusion de l'outil « oncodage ».

- Évaluer et ajuster le cas échéant le dispositif des UCOG afin de modifier effectivement les pratiques de prise en charge des personnes âgées atteintes de cancer, et de répondre aux spécificités des traitements.
- Structurer la recherche clinique en oncogériatrie en s'appuyant sur ce dispositif organisationnel.

Action 2.17 : Inclure une formation en gériatrie dans le DES d'oncologie et dans la formation de cancérologie.

Action 2.18 : Intégrer dans les travaux du CORETAH une réflexion sur les conditions d'administration des médicaments anticancéreux pour les patients âgés en EHPAD afin d'assurer la continuité des traitements du cancer (voir Actions 17.5 et 17.7).

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

La prise en charge en cancérologie évolue (augmentation des prises en charge à domicile et développement des allers et retours ville-hôpital) en sollicitant plus fortement les professionnels de premier recours, en première ligne desquels, le médecin traitant, mais également les professionnels IDE, dans le cadre de la délivrance des traitements à domicile, et les pharmaciens dans le cadre du conseil et de l'information en matière d'interactions médicamenteuses et d'effets indésirables des traitements.

Les échanges d'information ville-hôpital, formalisés lors des moments clés du parcours (moments de passage de relais), doivent plus largement inclure les professionnels de premier recours dans toutes leurs composantes, afin de favoriser leur coordination et accroître leur réactivité. Il s'agit d'une condition déterminante à leur implication dans le suivi et la prise en charge des patients. Le système mis en place doit permettre également aux professionnels de ville de transmettre à l'hôpital des informations sur leur connaissance de l'environnement psychosocial du patient et sur les éléments issus de la surveillance au domicile.

D'où la nécessité :

- de généraliser l'informatisation des processus de soins en cancérologie en ville comme à l'hôpital ;
- d'améliorer le partage et l'échange sécurisé des informations entre professionnels par la mise en place d'un dossier communicant de cancérologie (DCC) opérationnel d'ici 2015, qui doit répondre aux besoins des professionnels, en termes de contenu et de vecteur d'échanges, en particulier avec les professionnels de ville.

Action 2.19 : Généraliser le dossier communicant de cancérologie (DCC) et mobiliser les outils de communication numérique au service de la coordination ville-hôpital.

- Déployer le DCC conformément au cadre donné par l'INCa et le ministère des Affaires sociales et de la Santé (DSSIS) à horizon 2015, sous le pilotage des ARS et avec l'appui de l'ASIP Santé.
- Faire du DCC un outil d'observation des cancers et d'évaluation des pratiques.
- Déployer le dossier médical personnel (DMP) et les messageries sécurisées en santé sur l'ensemble du territoire.
- Soutenir les expériences d'ouverture sécurisée des systèmes d'information communicants permettant aux médecins traitants d'accéder aux dossiers médicaux hospitaliers et aux pharmaciens d'officine d'accéder aux données des pharmacies hospitalières.

Action 2.20 : Faire évoluer les programmes personnalisés de soins (PPS) et de l'après-cancer (PPAC), intégrés à terme dans le DCC, vers des outils opérationnels de déclinaison de la prise en charge et d'interface ville-hôpital.

- Faire évoluer les contenus du PPS et du PPAC pour qu'ils prennent mieux en compte l'ensemble des besoins des patients et en faire des supports opérationnels d'interface avec les professionnels de premier recours — Expérimenter un carnet de suivi partagé avec le patient.

- Définir au niveau de chaque établissement autorisé en cancérologie une politique active de diffusion, par exemple via le DMP, des outils du parcours (PPS/PPAC) au patient et, avec son accord, aux professionnels impliqués dans son suivi à domicile (médecin traitant, réseaux territoriaux, HAD, infirmiers libéraux, pharmaciens).

- Donner la possibilité à l'équipe de premier recours de contribuer à la constitution de ces documents (connaissance des traitements antérieurs et de l'environnement psychosocial).

- Mettre en cohérence le PPS spécifique à la cancérologie et les travaux de la HAS sur les programmes personnalisés de soins et faire bénéficier le champ du cancer des financements expérimentaux consacrés à l'investissement des professionnels libéraux dans cette démarche.

Action 2.21 : Développer la télémédecine notamment pour les départements d'outre-mer dans le cadre de la Stratégie nationale de santé.

- Garantir les conditions de réalisation de la téléexpertise pour les cas complexes et rares dans tous les établissements autorisés.

- Soutenir les établissements dans le développement de la télésurveillance médicale (interprétation à distance des paramètres médicaux notamment avant les cures de chimiothérapies et au cours de la surveillance).

- Développer la téléconsultation (assistée ou non par un professionnel de santé) pour les patients habitant à distance et la détection précoce des effets secondaires des chimiothérapies (notamment ciblées).

Action 2.22 : Mettre à disposition des professionnels de premier recours des outils de bonnes pratiques pour l'organisation des parcours de soins en ambulatoire.

- Produire des supports d'information sur la prise en charge clinique par type de cancer s'inscrivant dans une logique de parcours et tenant compte des moments clés de l'articulation ville-hôpital (bilan initial, prise en charge thérapeutique, suivi).

- Améliorer la diffusion nationale de ces supports et leur appropriation par les médecins traitants (mise en place d'outils interactifs ou intégration dans les logiciels métiers).

OBJECTIF 3 : ACCOMPAGNER LES ÉVOLUTIONS TECHNOLOGIQUES ET THÉRAPEUTIQUES

À l'horizon de la fin du Plan, quatre activités devraient particulièrement progresser : la chimiothérapie orale, la chirurgie ambulatoire, la radiologie interventionnelle et la radiothérapie hypofractionnée. Leur essor va nécessiter une adaptation des organisations, en particulier pour coordonner la prise en charge des patients atteints de cancer qui devient ambulatoire, mais qui demeure très pointue. Compte tenu de leur intérêt pour les malades notamment en termes de qualité de vie, le Plan cancer définit des actions visant à accompagner ces évolutions à l'échelle nationale afin de garantir leur accès à tous ceux qui pourraient en bénéficier.

Sécuriser l'utilisation des chimiothérapies orales

L'utilisation de traitements anticancéreux oraux est en constante augmentation. En 2020, leur proportion pourrait atteindre 50 % des traitements à base d'anticancéreux. Les chimiothérapies par voir orale apportent un confort pour les malades. Cependant, elles sont parfois considérées à tort comme moins toxiques que les chimiothérapies intraveineuses. Le patient n'étant pas à l'hôpital pendant le traitement, la gestion des effets secondaires peut être difficile et le risque de non-observance est réel. En cas de mauvaise observance, les objectifs thérapeutiques peuvent ne pas être atteints, ce qui provoque une perte de chance pour les malades. Pour accompagner l'essor des chimiothérapies orales tout en garantissant l'efficacité et la sécurité de ces traitements, il faut bien définir leurs indications, mettre en place une organisation permettant une réelle articulation entre l'équipe de premier recours et en particulier le médecin généraliste et l'hôpital et une juste valorisation de l'implication de chaque acteur, prendre le temps d'informer et d'impliquer le patient dans la conduite du traitement.

Action 3.1 : Définir les bonnes pratiques d'utilisation des chimiothérapies orales pour accompagner les professionnels en ville et à l'hôpital.

- Produire et diffuser des référentiels nationaux de stratégie thérapeutique à destination des équipes spécialisées incluant la définition de la place des chimiothérapies orales (voir Action 2.7).
- Définir des guides nationaux précisant les modalités d'utilisation des chimiothérapies orales, les conditions de prévention et de gestion des toxicités afférentes à ces médicaments sur la base des travaux déjà initiés en région par les OMEDIT et RRC.

- Au regard des effets secondaires des nouvelles molécules et de leur prix, renforcer l'encadrement du bon usage des médicaments en ville.

Action 3.2 : Adapter les organisations à l'essor des chimiothérapies orales.

- Expérimenter des modalités organisationnelles de prise en charge des patients sous chimiothérapie orale s'appuyant sur différents acteurs de santé en ville et à l'hôpital, dans un appel à projets dédié (ou dans le cadre du PREPS Cancer) comprenant une évaluation médico-économique des différents modèles organisationnels.

- Étudier différentes modalités de financement des centres autorisés pour cette activité de prescription de chimiothérapie orale et de suivi à distance des patients en articulation avec la ville ; par exemple une forfaitisation ou une valorisation de la consultation de prescription d'une chimiothérapie orale. Cette réflexion doit être inscrite au programme du CORETAH.

Action 3.3 : Impliquer le patient en développant l'éducation thérapeutique en cancérologie.

- Promouvoir le développement de programmes d'éducation thérapeutique des patients (axés sur l'information, l'observance, la gestion des effets indésirables) associant les équipes hospitalières et les professionnels de santé de premier recours (médecin, pharmacien, infirmier), notamment par des programmes de formation en e-learning.

- Développer une information pour les patients en miroir des guides nationaux sur les chimiothérapies orales (voir Action 3.1) en particulier sur la prévention et la gestion des effets secondaires pour améliorer la qualité de vie, l'observance et la sécurité des traitements.

Action 3.4 : Définir les conditions de sécurité et de qualité de délivrance et d'administration des anticancéreux à domicile.

La délivrance des traitements sous une forme orale, qui va prendre une grande ampleur au cours des prochaines années, doit être organisée et sécurisée. Les équipes hospitalières médicales et pharmaciennes doivent développer une capacité de suivi et un rôle d'appui aux professionnels de ville sur ce point. Il paraît également important de ménager, autour de la phase d'initiation du traitement, une phase de suivi par l'équipe hospitalière permettant de mieux identifier et gérer les effets secondaires de ces traitements.

- Réfléchir aux modalités de délivrance initiale d'une chimiothérapie orale pour mieux la sécuriser en examinant notamment l'hypothèse d'une délivrance initiale hospitalière.

Développer la chirurgie ambulatoire en cancérologie

La chirurgie ambulatoire offre des bénéfices reconnus pour les patients en termes de confort et de sécurité des soins, ainsi qu'un gain d'efficacité pour les établissements de santé. D'après l'étude « UNICANCER : Quelle prise en charge des cancers en 2020 ? » le nombre de séjours de chirurgie ambulatoire devrait plus que doubler dans les six prochaines années. La chirurgie ambulatoire pourrait ainsi concerner 50 % de la chirurgie des cancers du sein qui du fait du dépistage, sont découverts à des stades de plus en plus précoces.

Action 3.5 : Préciser, en lien avec les professionnels et sur la base de données de la littérature, les actes de chirurgie oncologique pouvant être réalisés en ambulatoire.

Action 3.6 : Pour les actes de chirurgie en ambulatoire ayant démontré leur bénéfice pour les patients et leur faisabilité, les inscrire dans la politique d'incitation tarifaire ou de contractualisation et mettre en place des indicateurs de qualité et de sécurité des soins.

Action 3.7 : Soutenir la réorganisation des services pour le développement de la chirurgie ambulatoire avec une phase d'expérimentations et d'aide à la conduite du changement dans des sites pilotes dans un premier temps.

- Mettre en place un appel à projets dédié visant à soutenir et accompagner les équipes développant la chirurgie ambulatoire du cancer.

Favoriser le développement de la radiologie interventionnelle

La radiologie interventionnelle est une innovation majeure en oncologie permettant des actes diagnostiques et thérapeutiques précis et moins invasifs pour les patients. D'ici 2020, des avancées technologiques améliorant le guidage, le prélèvement ou la destruction des lésions devraient permettre de multiplier par quatre le nombre de ces actes. Il s'agit d'organiser l'offre sur le territoire national, de lever les freins financiers à son développement dans les établissements et favoriser l'évaluation de nouvelles techniques.

Action 3.8 : Améliorer la lisibilité de l'offre en identifiant les équipes pratiquant la radiologie interventionnelle, et le repérage des actes concernés.

Action 3.9 : Favoriser la diffusion et l'évaluation des techniques par les établissements pilotes.

Action 3.10 : Identifier et mener les évolutions nécessaires du dispositif réglementaire et tarifaire pour soutenir le développement de la radiologie interventionnelle.

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

La radiothérapie est un des traitements majeurs des cancers et elle a fait l'objet de nombreuses mesures dans les précédents Plans pour en garantir la qualité et la sécurité sur l'ensemble du territoire. Elle est aujourd'hui en pleine mutation du fait de l'amélioration des équipements permettant des irradiations parfaitement ciblées et une réduction significative du nombre de séances.

Action 3.11 : Garantir une offre adaptée en équipements de radiothérapie sur le territoire et en améliorer la lisibilité afin de faciliter les orientations adéquates des patients et réduire les délais d'accès.

- Identifier les indications en lien avec les professionnels relevant d'équipements de radiothérapie particuliers.
- Sécuriser et accompagner le déploiement des équipements de radiothérapie de haute précision, au fur et à mesure de la formation des professionnels à cette technique et de la mise en place de démarches qualité qui devront faire l'objet de recommandations au niveau national : accélérer le déploiement de la RCMI accompagnée de l'IGRT.

Action 3.12 : Harmoniser et rapprocher le système de codage des actes de radiothérapie dans les secteurs publics et privés, afin de pouvoir piloter une politique nationale en matière de radiothérapie.

Action 3.13 : Expérimenter la mise en place de forfaits pour les traitements de radiothérapie prenant en compte le nombre de séances, mais aussi d'autres critères pour inciter les établissements à investir dans des techniques innovantes telles que l'hypofractionnement au bénéfice des patients.

Action 3.14 : Évaluer globalement la démarche de qualité/analyse de risque, mise en place et soutenue dans le cadre du Plan cancer 2009-2013, et inciter les équipes à s'inscrire dans une démarche d'évaluation médico-économique.

Action 3.15 : Organiser un maillage territorial adapté pour les équipements de haute technicité en s'appuyant sur des recommandations sur leurs indications.

Action 3.16 : Réguler au niveau national l'offre en équipement lourd, particulièrement coûteux (exemple : protonthérapie).

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

La prise en charge des patients atteints de cancer fait l'objet de régulières évolutions diagnostiques et thérapeutiques. Des besoins très spécifiques ont émergé nécessitant la création ou l'évolution de certains métiers. Par ailleurs, les formations des acteurs de la cancérologie doivent évoluer et être harmonisées au niveau national afin que les malades sur tout le territoire bénéficient des progrès.

Créer et reconnaître de nouveaux métiers

Pour faire face aux besoins nouveaux, notamment en matière de suivi des chimiothérapies orales ou de coordination des parcours, le métier d'infirmier clinicien en cancérologie sera créé. Les précédents Plans ont porté une évolution des métiers et des organisations de la radiothérapie pour améliorer la sécurité des traitements. Dans ce contexte, les statuts des radiophysiciens et des dosimétristes doivent être clarifiés.

Action 4.1 : Créer le métier d'infirmier clinicien et le déployer prioritairement dans le champ de la cancérologie.

La création du métier d'infirmier clinicien est une innovation qui s'inscrit dans la Stratégie nationale de santé. Il s'agit d'une formation universitaire qui reconnaît la possibilité à un infirmier de réaliser des pratiques dites avancées, au-delà du métier socle d'infirmier. Elle permet de mieux répondre aux besoins de la population en cohérence avec les évolutions de l'organisation des soins. Les évolutions technologiques dans le champ de la cancérologie, le développement de l'ambulatoire en particulier en chirurgie, la complexification des soins — chimiothérapie et thérapies ciblées — nécessitent le renforcement de la coordination des soins et la présence de personnels infirmiers investis de prérogatives et d'un champ d'autonomie élargi. Ces infirmiers cliniciens seront habilités à assurer, sous certaines conditions, la prescription protocolisée d'examens de suivi des traitements, de traitements complémentaires et de support, ainsi que la reconduction ou l'adaptation de traitements spécifiques. Le déploiement des premières formations est prévu pour la rentrée universitaire 2016. Ce nouveau métier ne se substitue pas aux spécialisations en cancérologie à partir du métier socle d'infirmier qui feront toujours l'objet de formations.

- Définir un nouveau profil professionnel coopérant avec le médecin traitant, avec l'équipe référente et avec les autres professionnels de santé, hospitaliers ou de proximité.

- Asseoir ce nouveau métier sur une formation universitaire de niveau master adaptée aux compétences requises, définir le cadre de cette formation ainsi que le flux de professionnels à former.

- Définir les modalités de reconnaissance de ces nouvelles fonctions.

Action 4.2 : Reconnaître pleinement la profession de radiophysicien en tant que profession de santé en prenant des mesures d'ordre réglementaire dans le Code de la santé publique.

Sous l'impulsion des précédents Plans cancers, le nombre de radiophysiciens dédiés à la radiothérapie a doublé sur les dix dernières années, mais les dispositions concernant la profession de radiophysicien sont limitées. Une meilleure définition du rôle et des missions du radiophysicien permettra de clarifier leur responsabilité dans le cadre de la prise en charge du patient au sein d'une équipe pluridisciplinaire et de mieux définir son implication directe dans les actes de soins. Cette action suit par ailleurs les instructions contenues dans la nouvelle directive EURATOM relative aux normes de base de radioprotection.

- Clarifier, dès 2014, le positionnement de cette profession au sein du Code de la santé publique.

- Élaborer, dans un deuxième temps, un référentiel d'activités/compétences et adapter le référentiel de formation.

Action 4.3 : Reconnaître la profession de dosimétriste en tant que profession de santé.

Les rapports du Comité de suivi des mesures nationales pour la radiothérapie indiquent que la compétence en dosimétrie est devenue indispensable, compte tenu notamment de l'obligation de pratiquer une dosimétrie *in vivo* pour tous les malades. La profession n'étant pas reconnue dans le Code de la santé publique, le ministère en charge de la santé n'est certificateur d'aucun diplôme conduisant à l'exercice de cette profession. Cette reconnaissance serait donc de nature à renforcer et garantir la qualité et la sécurité des actes de radiothérapie en clarifiant les missions, la formation, les conditions d'intervention des dosimétristes en lien avec les autres acteurs et leurs responsabilités dans le cadre de la prise en charge du patient.

- Effectuer, dès 2014, un bilan de la démographie actuelle de la profession, et rédiger une fiche métier afin que la profession figure au répertoire des métiers de la fonction publique hospitalière.

- Élaborer, dans un deuxième temps, un référentiel d'activités/compétences puis le référentiel de formation aboutissant à un diplôme qui reste à déterminer, afin de proposer un parcours professionnel de spécialisation pour les manipulateurs d'électroradiologie. La structure de formation à privilégier devra être identifiée.

Adapter les formations des professionnels aux évolutions de la cancérologie

Le Plan cancer porte des évolutions en termes de formations initiales pour les formations des DES d'oncologie, des DES de spécialité d'organes, mais aussi de formations continues pour l'ensemble des acteurs de santé dans le champ de la cancérologie. Les formations des médecins anatomopathologistes et des techniciens de laboratoire seront également adaptées pour tenir compte du développement de l'étude moléculaire des tumeurs qui transforme l'exercice de l'anatomocytopathologie en cancérologie.

Action 4.4 : Améliorer la formation des médecins cancérologues.

- Mettre en place un référentiel national de formation pour le Diplôme d'études spécialisées (DES) d'oncologie assurant une progressivité de la formation (trois étapes : la période socle, le corps de la formation et la période de mise en responsabilité) avec une évaluation à chaque étape des compétences acquises. Cette formation devra inclure les compétences transversales comme la communication avec le malade et son entourage, la communication avec les autres professionnels de santé (y compris le médecin généraliste), la prévention des risques psychosociaux des équipes soignantes et leur repérage, les soins palliatifs et la prise en charge de la douleur. Elle devra également inclure une formation en gériatrie théorique et pratique. Enfin, elle prendra en compte l'évolution des pratiques (notamment prescription basée sur des caractéristiques biologiques, encadrement des chimiothérapies orales).

- Définir par arrêté un référentiel national de Formation spécialisée transversale en cancérologie. Il sera défini conjointement par les enseignants en oncologie et en spécialités d'organes. Il s'agit de maintenir la qualité de la formation en cancérologie des spécialistes médicaux et chirurgicaux en intégrant mieux cette formation transversale au sein des DES de spécialité. Cette intégration se fera sous la forme d'options. La validation de cette formation au sein de chaque DES permettra, dans le cadre d'une option cancérologie, d'accéder à la primo-prescription en chimiothérapie.

- Le déploiement des formations restructurées est prévu à la rentrée universitaire 2016.

Action 4.5 : Garantir la qualité des formations initiales et continues en cancérologie.

- Dans le cadre des refontes de diplômes de troisième cycle, conserver quelles que soient les voies d'accès, un haut niveau d'exigence pour assurer un exercice sécurisé et de qualité de la cancérologie ; identifier parmi les critères existants dans les différentes procédures de qualification, des critères communs en mobilisant tous les acteurs de ces différentes voies (Université, CNOM et ministères).

- Mettre en place des formations continues, notamment dans le cadre du développement professionnel continu (DPC), à destination des équipes pluriprofessionnelles concernant les nouvelles modalités de traitements.

L'un des domaines d'application doit être l'éducation thérapeutique visant une plus grande autonomie des patients et une meilleure qualité de vie, ainsi que les soins de support.

Action 4.6 : Améliorer la formation des professionnels de l'anatomocyto-pathologie.

Cette action vise d'une part à former les pathologistes aux technologies de biologie moléculaire et d'autre part au regard de la démographie médicale de cette spécialité de pouvoir former les techniciens de laboratoire à certains examens macroscopiques qui pourraient être délégués sous responsabilité médicale.

- Introduire, au sein du DES d'anatomocytopathologie (ACP), une formation théorique et pratique (stage de six mois sur une plateforme de biologie/génétique moléculaire) en biologie moléculaire sous la co-responsabilité de biologistes moléculaires ou de généticiens et du responsable du DES. Assurer la qualité de la formation au sein du DES d'ACP en veillant que les stages en ACP prévus dans la maquette du DES soient réalisés.

- Introduire dans le cadre de la formation des techniciens de laboratoire un module de formation aux examens anatomocytopathologiques. Cette formation devra comprendre une formation théorique dispensée par des médecins ACP et un stage au sein d'un service ACP. Le module devra être reconnu comme un parcours spécifique au sein de la formation de technicien de laboratoire et donner lieu à une reconnaissance. La reconnaissance d'un parcours spécifique au sein d'une formation aboutissant à un diplôme permettant l'exercice d'une profession de santé qui n'existe pas aujourd'hui serait mise en place de façon expérimentale pour ce module.

Action 4.7 : Pour réduire les inégalités territoriales, éclairer les décisions publiques dans l'ouverture de postes en cancérologie par un échange annuel entre les ARS, la conférence des présidents d'université, les ministères de la santé et recherche et l'INCa en s'appuyant notamment sur l'analyse de la démographie médicale réalisée par l'INCa et l'ONDPS.

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

Les prises en charge des patients atteints de cancer se sont considérablement modifiées ces dernières années grâce aux progrès effectués dans la compréhension de la biologie des tumeurs, dans les stratégies et techniques de traitement, et par une meilleure adhésion du public à la recherche clinique, garante du progrès médical. Les évolutions attendues dans les prochaines années vont amener de profonds changements dans notre façon d'appréhender le traitement des cancers. La place de la génétique constitutionnelle, de la génomique tumorale, de l'utilisation de nouveaux biomarqueurs est indispensable dans le choix des médicaments anticancéreux, des stratégies de prises en charge ou de surveillance des patients. Des dispositifs médicaux et des actes moins invasifs accompagnent ou remplacent peu à peu les traitements classiques dans de nombreuses situations cliniques. Ces évolutions nécessitent une organisation rigoureuse et réactive de l'évaluation de l'innovation afin qu'elle puisse être déployée de façon rapide au bénéfice du plus grand nombre. Pour répondre à ces enjeux, il est impératif d'amplifier l'effort en faveur de la recherche clinique en continuité avec la recherche translationnelle, de faire évoluer les dispositifs encadrant l'évaluation et la valorisation des nouveaux médicaments, et d'accélérer les processus de reconnaissance des actes innovants.

Faire évoluer la recherche clinique et translationnelle en cancérologie

La recherche translationnelle et la recherche clinique concrétisent les découvertes issues de la recherche fondamentale en trouvant leur application au lit du malade. Une recherche intégrée couplant aux questions cliniques une recherche biologique de qualité est le gage des progrès médicaux. Les projets de recherche cliniques doivent continuer à avoir pour objectif l'amélioration de la survie des malades, mais doivent s'emparer de sujets tels que l'optimisation des traitements ou la désescalade thérapeutique pour une réduction des effets secondaires. La recherche académique y a notamment toute sa place. Les populations les plus vulnérables, en particulier les enfants et les personnes âgées, ainsi que les formes de cancers les plus rares et les plus graves doivent être au cœur de ces recherches. Par la protocolisation des soins et du suivi dans le cadre des essais, ceux-ci constituent également un cadre de prise en charge des patients de grande qualité.

Action 5.1 : Optimiser l'organisation de la recherche translationnelle en associant les financements institutionnels (DGOS/ITMO Cancer/INCa via le budget de l'ANR) dans des appels à projets uniques de l'INCa.

La Stratégie nationale de santé lancée par la ministre de la Santé et la ministre de la Recherche doit permettre une meilleure intégration entre la recherche, l'innovation, la médecine et les soins au bénéfice du patient et de la société.

La recherche clinique doit intégrer la biologie moléculaire, la création de bases de données ouvertes aux chercheurs et l'évaluation continue de l'impact des projets sur la santé des patients atteints de cancers.

Cette intégration passe par un copilotage des deux ministères et une homogénéisation des dispositifs de financement santé/recherche. Elle est de nature à accélérer l'identification des innovations (marqueurs et innovations diagnostiques, pronostiques, thérapeutiques) et à les diffuser.

Elle pourra s'adosser à des partenariats avec les associations caritatives ou industrielles.

- Initier dans ce cadre un programme pluriannuel d'actions intégrées de recherche et d'intervention sur la problématique des cancers liés au tabac dont les résultats concourront notamment à l'élaboration des politiques publiques de prévention (ex : composantes de la dépendance, recherche intervention auprès des populations précaires et des jeunes, recherche sur les cancers graves liés au tabac, évaluation de la toxicité de la cigarette électronique et de son intérêt dans le sevrage).

Action 5.2 : Inclure 50 000 patients par an dans des essais thérapeutiques en 2019.

Les actions portées par le deuxième Plan cancer ont permis une augmentation de l'inclusion de plus de 70 % des patients dans les essais cliniques grâce à une structuration des lieux de recherche clinique, en particulier pour les phases précoces, et une politique incitative notamment via le registre des essais cliniques de l'INCa. En 2013, près de 25 000 patients ont été inclus dans des essais thérapeutiques académiques, pour la majorité d'entre eux, ou industriels. L'objectif est donc de doubler ce nombre annuel à l'horizon du Plan. Ces essais assurent l'avènement du progrès médical pour la collectivité, mais aussi une prise en charge de qualité pour les patients participants, qui accèdent ainsi à l'innovation et à des soins harmonisés de qualité. La participation forte des groupes coopérateurs, leur mise en responsabilité dans la proposition et la conduite d'essais cliniques visant à répondre aux grandes questions thérapeutiques d'augmentation de la survie et de réduction des effets secondaires et tardifs des traitements, doivent être facilitées.

- S'appuyer sur la dynamique des groupes coopérateurs en cancérologie.
- Mettre à la disposition des patients et du public les registres des essais cliniques et rendre plus accessibles les essais en cours pour les cliniciens.
- Inclure dans les coûts de la recherche, le transport et l'hébergement, en particulier pour les enfants et leurs accompagnants, afin de lever cette barrière d'accès aux essais thérapeutiques.

- Ouvrir des centres investigateurs dans les DOM et renforcer les moyens des équipes mobiles de recherche clinique (EMRC).

- Favoriser, pour les promoteurs académiques ou industriels, un mode de contractualisation simplifié avec les établissements de soins pour une meilleure attractivité de la recherche clinique française, via une convention unique et une harmonisation des conventions entre établissements publics et privés, tel que cela est prévu dans le cadre du Comité stratégique de la filière industries et technologies de santé (CSF).

Action 5.3 : Poursuivre l'effort de développement de centres d'essais précoces (CLIP^2) pour une meilleure couverture territoriale et favoriser la création de centres dédiés aux enfants.

La labellisation prochaine des CLIP^2 devra corriger la couverture territoriale (par exemple dans le Nord et les DOM) et identifier spécifiquement des centres dédiés aux enfants, afin de leur permettre un accès facilité à l'innovation. Cette démarche de soutien aux centres d'essais précoces devra être menée également au plan européen. Des partenariats avec l'industrie pharmaceutique devront être développés pour accélérer la prise en compte des cancers rares et des cancers pédiatriques.

Action 5.4 : Associer les patients et leurs représentants aux essais cliniques et dans le parcours permettant l'accès à ces recherches.

Le développement de l'implication des patients à toutes les étapes de la recherche clinique est un enjeu important. Cette participation active doit permettre aux patients de bénéficier des thérapeutiques innovantes dans les meilleures conditions (voir Action 7.16).

- Informer mieux les patients et les associations de patients des recherches en cours et à venir, les impliquer davantage dans leur élaboration et les aider à y participer.

- Partager systématiquement avec les différents publics, notamment les personnes ayant participé aux essais, les résultats de la recherche clinique.

Promouvoir une politique globale du médicament en cancérologie

Le rythme rapide des avancées dans la description des événements moléculaires et cellulaires impliqués dans le déclenchement et le développement des cancers, offre aujourd'hui des opportunités sans précédent pour traduire ces découvertes en bénéfices tangibles pour les patients, en particulier grâce aux thérapies ciblées. Entre 2004 et avril 2012, 16 nouveaux médicaments du cancer ciblant des anomalies particulières liées à la transformation cellulaire ont été mis sur le marché en Europe. En 2013, on relève plus de 800 molécules de ce type en cours de développement ou d'évaluation. L'hypothèse, selon laquelle 5 % de ces molécules seraient mises sur le marché dans les cinq ans, laisse préfigurer une profonde évolution de la pratique clinique, des révolutions thérapeutiques dans de nombreux cancers et des impacts économiques à anticiper. Face à ces espoirs, les malades sont en attente d'un accès rapide et équitable à l'innovation quel que

soit le lieu de prise en charge. Les actions suivantes ont donc pour objectif de stimuler l'émergence de l'innovation et garantir son accès à tous.

Action 5.5 : Définir des priorités en matière de développement des médicaments anticancéreux.

- Définir de manière plus explicite et transparente des indications/situations cliniques devant faire l'objet de développements prioritaires en oncologie en tenant compte des besoins médicaux les moins bien couverts, notamment en cancérologie pédiatrique. Cette nouvelle initiative doit être menée par l'Agence nationale de sécurité du médicament (ANSM) et l'INCa et portée au niveau de l'Agence européenne du médicament.

Action 5.6 : Adapter les essais cliniques aux évolutions conceptuelles induites par l'arrivée des thérapies ciblées.

- Développer des essais impliquant peu de malades, mais reposant sur des hypothèses biologiques fortes, et intégrant des critères de substitution (« surrogate maker ») ; des essais adaptatifs pour les phases précoces ; des essais incluant des malades atteints de tumeurs touchant différents organes, mais partageant les mêmes mécanismes physiopathologiques pour rendre possibles des AMM transpathologies (du type du programme AcSé) ; des essais évaluant des associations de médicaments innovants provenant si nécessaire de plusieurs laboratoires.

Action 5.7 : Faire évoluer les dispositifs d'évaluation des médicaments anticancéreux.

- Mener une réflexion nationale visant à faire évoluer les critères d'évaluation et de jugement du caractère innovant d'une molécule et de sa valeur ajoutée, pour réduire potentiellement la durée de développement du médicament et accélérer l'accès des patients aux réelles innovations. Travailler à la définition de ces critères par pathologie. Porter ensuite cette réflexion à un niveau européen.

- Favoriser des AMM conditionnelles (« adaptative licencing ») pour gagner en réactivité.

- Demander, en parallèle, à l'ANSM de prioriser le suivi du rapport bénéfice/risque de ces molécules dès la mise sur le marché (AMM).

- Assurer la cohérence entre les dispositifs d'évaluation de la valeur ajoutée thérapeutique et médico-économique des médicaments innovants.

Action 5.8 : Faire évoluer les dispositifs de valorisation des médicaments anticancéreux.

- Examiner différentes modalités d'incitation au développement des médicaments anticancéreux dans les domaines définis comme prioritaires (besoins médicaux mal couverts, voir Action 5.5) telles la protection brevetaire allongée ou la prise en compte dans la fixation du prix des traitements prioritaires.

- Réévaluer annuellement ou à l'occasion de campagnes programmées le prix des médicaments anticancéreux onéreux compte tenu de la modification fréquente des stratégies thérapeutiques, en cohérence avec les engagements portés par le Comité stratégique de la filière Industries et technologies de santé, de visibilité sur les processus d'inscription et de radiation de la liste en sus.

- Évaluer l'intérêt en matière de renégociation des prix des nouvelles approches réglementaires d'adaptation de l'autorisation (AMM conditionnelle, « adaptative licencing »), pour les nouvelles thérapies, notamment ciblées.

- Renforcer ou redéfinir au niveau national les dispositifs permettant de suivre les prescriptions des médicaments anticancéreux en ville et à l'hôpital pour s'assurer de la pertinence des prescriptions (essentiellement définies par l'AMM et/ou les référentiels temporaires d'utilisation (RTU)), et pour pouvoir renégocier les prix au regard de la population cible.

Action 5.9 : Anticiper l'impact économique de l'innovation pour garantir son accès à tous dans la durée.

- Modéliser l'impact médico-économique d'une forfaitisation des lignes de traitements ou du paiement à la performance en vie réelle.

Action 5.10 : Lutter contre les inégalités d'accès aux médicaments et les pertes de chance.

- Évaluer, adapter et étendre les dispositifs de mise à disposition précoce des médicaments innovants (essais cliniques d'« expanded access », ATU de cohorte, RTU) afin de faire de la France un pays pilote en termes d'accès précoce à l'innovation. Faire évoluer si nécessaire les dispositifs existants afin qu'ils répondent mieux aux besoins des patients.

- Intégrer dans les réflexions sur les évolutions de la liste en sus la problématique des écarts de prise en charge financière entre ville et hôpital, notamment pour les chimiothérapies orales.

- Étudier des solutions similaires à celle mise en place pour l'hospitalisation à domicile concernant le financement des molécules onéreuses dans les établissements de soins de suite et de réadaptation, les unités de soins de longue durée, les maisons de retraite et les maisons d'accueil spécialisées pour garantir la continuité des parcours de soins.

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

L'accès aux innovations technologiques et thérapeutiques pour l'ensemble des patients doit être facilité, car il a un impact sur les résultats en termes de survie ou de morbidité, et parfois même sur le coût de prises en charge qui peut s'avérer inférieur au coût standard. Les délais entre l'émergence d'une innovation et sa tarification sont souvent trop importants. L'implémentation de l'innovation souffre de l'addition d'étapes successives nécessaires à son évaluation, à sa mise en pratique lorsque les organisations doivent s'adapter, ou à son inscription à la nomenclature. Cette multiplicité des étapes est responsable *in fine* d'un déploiement souvent inégal sur le territoire, voire d'une perte d'efficience de notre système de santé. Il convient à l'avenir conformément aux orientations du contrat de la filière Industries et technologies de santé de clarifier et de renforcer la lisibilité à certaines étapes clés : la veille et le repérage, l'évaluation clinique et médico-économique, et le processus de tarification de l'innovation.

Action 5.11 : Clarifier le processus de repérage et d'évaluation des innovations technologiques et des évolutions organisationnelles qu'elles engendrent.

Il est nécessaire d'améliorer le repérage précoce des innovations et d'aider à leur évaluation clinique et médico-économique. Les innovations technologiques sont susceptibles d'induire des évolutions organisationnelles qui doivent également être anticipées et prises en compte.

- Organiser une veille nationale et internationale (DGOS-DGRI-INCa et sociétés savantes) sur les innovations dans le champ du cancer, en articulation avec les initiatives initiées au-delà du seul champ de la cancérologie.

- Informer de façon plus explicite les intergroupes coopérateurs et les professionnels des dispositifs existants d'expérimentation et d'évaluation médico-économique des technologies ou des organisations innovantes : appels à projets (INCa – DGOS (PHRC, PRME) ou forfait innovation.

- Créer un Programme de recherche sur la performance du système des soins « cancer » organisé par l'INCa en lien avec la DGOS pour faire face aux évolutions régulières des prises en charge en cancérologie entraînant des évolutions organisationnelles. La prise en compte de résultats négatifs d'études peut permettre d'identifier des technologies de santé en voie d'obsolescence pour lesquelles une restriction d'indication, une diminution des tarifs, voire un déremboursement peuvent être envisagés pour dégager des marges de manœuvre pour financer de réelles innovations.

Action 5.12 : Accélérer le processus de tarification des actes et traitements innovants pour un accès plus rapide.

- Faciliter la mise en place opérationnelle de l'article 42 du PLFSS 2014 prévoyant une inscription/tarification en 180 jours par l'Assurance maladie pour les actes associés à des dispositifs médicaux innovants après leur évaluation positive par la HAS.

- Mettre en place dans le cadre du CORETAH une approche dédiée à la cancérologie en lien avec l'INCa (voir Action 17.3).
- Expérimenter des modalités de financement dérogatoires au financement à l'activité. Le financement à l'activité peut, par exemple, freiner la diffusion d'une innovation susceptible de réduire le nombre d'actes ou de séjours, favorisant ainsi de mauvaises pratiques. Il convient donc de pouvoir expérimenter d'autres modes de financement (voir Action 3.13).

Action 5.13 : Accompagner les projets de valorisation des innovations technologiques en imagerie, chirurgie et robotique, et dans les nouvelles sources biophysiques, conformément au contrat de la filière Industries et technologies de santé.

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

Si les conditions physiques telles que l'âge, les antécédents, mais aussi des facteurs sociaux, psychiques et culturels influencent le traitement du cancer à des degrés divers nécessitant une individualisation des prises en charge, il apparaît également que l'échec ou le succès du traitement dépendent de caractéristiques du génome constitutionnel du patient ou de spécificités propres de sa tumeur. Ainsi, notre récente compréhension des déterminants biologiques qui affectent la sensibilité des individus au processus de cancérogénèse ou aux traitements, a induit des changements profonds dans les besoins des médecins pour guider les prises en charge. La médecine personnalisée doit prendre en compte l'ensemble de ces paramètres.

L'analyse génétique constitutionnelle de chaque individu permet d'identifier des populations à risque aggravé de cancer, nécessitant des prises en charge particulières en termes de prévention, de dépistage, de suivi ou de traitement. Cette analyse génétique est recommandée dans les cas de forte suspicion de risque aggravé (cas familiaux, âge au diagnostic, plusieurs cancers successifs) et va se développer pour des risques moindres en fonction des avancées de la recherche.

À l'échelle de la tumeur, il s'agit d'identifier des spécificités biologiques pour proposer des traitements ciblés sur les anomalies responsables de la transformation cancéreuse. Ces caractéristiques moléculaires peuvent être communes à des groupes de malades ayant pourtant des cancers de localisations différentes. Cela ouvre donc de nouvelles perspectives de traitement. Pour en bénéficier, le nombre de patients nécessitant une analyse du génome de leur tumeur est en constante augmentation.

Les prescriptions médicamenteuses guidées par des marqueurs biologiques de la tumeur correspondent à une médecine beaucoup plus précise que les chimiothérapies classiques et qui est, par extension, qualifiée de « médecine personnalisée ».

Les analyses nécessaires à des prises en charge de plus en plus individualisées imposent des évolutions techniques et organisationnelles majeures. La France s'est déjà dotée d'une structuration permettant les analyses du génome constitutionnel ou tumoral pour les personnes le nécessitant (dispositif d'oncogénétique et plateformes de génétique moléculaire), mais celle-ci doit faire face à de nouveaux enjeux : un nombre croissant de patients, un besoin de raccourcir les délais pour une meilleure efficience, et un nombre accru d'anomalies à rechercher ou de tumeurs à analyser pour guider les traitements.

À l'horizon du Plan, tous les patients atteints de cancer doivent pouvoir bénéficier de ces approches visant à terme une personnalisation des prises en charge.

Permettre un accès large au diagnostic individualisé

Les Plans cancer 1 et 2 ont permis de développer une offre importante de consultation d'oncogénétique assurant un maillage de l'ensemble du territoire. En parallèle, ont été identifiés sur l'ensemble du territoire des laboratoires réalisant les tests de recherche de mutations exposant à un risque génétique de cancer. Il apparaît cependant nécessaire de renforcer ce maillage territorial pour certaines zones insuffisamment couvertes, de s'assurer que l'ensemble des patients justifiant d'être adressés à une consultation spécialisée y ont bien recours et enfin d'améliorer les délais de réalisation des tests d'oncogénétique qui font l'objet d'une grande hétérogénéité selon le type de tests ou selon les laboratoires en charge de les réaliser. De même, les plateformes de génétique moléculaire assurant la recherche d'anomalies tumorales spécifiques pour guider les traitements doivent conforter leur place dans le droit commun du soin. Elles doivent également assurer l'évolution de leurs activités, des tests moléculaires uniques vers des tests multiples de séquençage ciblé ou de séquençage complet du génome.

Action 6.1 : Faire évoluer le dispositif d'oncogénétique et améliorer son accès.

- Améliorer le maillage territorial des consultations d'oncogénétique afin de développer des consultations de proximité et faciliter l'accès de tous à ce dispositif.
- Remédier au déficit d'accès au dispositif d'oncogénétique pour les personnes prédisposées aux cancers digestifs (syndrome de Lynch en particulier).
- Être en mesure d'implémenter dans le dispositif d'oncogénétique :
  - des tests génétiques recherchant de nouveaux gènes de prédisposition dès que leur utilité clinique est avérée ;
  - les avancées technologiques comme le séquençage de nouvelle génération en vérifiant qu'elles participent à une réduction des délais de rendu de résultats, notamment pour certains cancers pédiatriques ;
  - l'arrivée de traitements spécifiques pour les patients porteurs de mutations. L'exemple actuel est celui des inhibiteurs d'enzymes de réparation de l'ADN (inhibiteurs de PARP), utiles dans les cancers du sein et de l'ovaire pour les patientes porteuses de mutations BRCA1/2. La diffusion de ces traitements va nécessiter une adaptation du dispositif d'oncogénétique pour une plus grande réactivité et un rendu de résultat plus rapide.

Action 6.2 : Conforter l'accès aux tests moléculaires.

Il est essentiel d'assurer la continuité du financement des plateformes de génétique moléculaire et d'assurer de nouveaux financements pour prendre en compte l'arrivée de nouveaux marqueurs biologiques et des nouvelles technologies.

- Accélérer l'inscription à la nomenclature de tests standards (gène par gène), actuellement trop lente, permettant ainsi de réallouer les financements existants à l'utilisation de nouveaux biomarqueurs, et aux tests plus sophistiqués décrits ci-dessus utilisant des analyses plus globales.

- S'assurer avec l'aide des ARS que l'ensemble des patients sur le territoire national (incluant les DOM), ont effectivement accès aux tests moléculaires de génétique constitutionnelle et de génétique tumorale, quels que soient les praticiens et établissements qui les prennent en charge. Plus particulièrement en ce qui concerne les DOM, assurer la continuité territoriale par des partenariats avec des plateformes métropolitaines.

- Inclure le développement de la pharmacogénétique dans les plateformes de génétique moléculaire.

Valider et déployer les nouvelles techniques d'analyse des tumeurs

La France a une position très dynamique de déploiement des tests de génétique et d'analyse des anomalies moléculaires dans les tumeurs pour guider les traitements. Dans le même temps, notre pays s'est engagé à séquencer 10 % des différents types de cancers dans le cadre d'un programme international porté par le consortium de génomique du cancer (ICGC). Les équipes françaises ont été parmi les premières à démontrer que ces technologies étaient utiles aux patients dans les phases avancées de la maladie. L'objectif du Plan cancer va être de déployer ces technologies de recherche à l'usage de tous les patients qui le nécessitent sur le territoire et d'apporter la démonstration qu'elles améliorent la survie globale des patients et leur qualité de vie.

Le développement de la médecine personnalisée nécessite de mettre en place des infrastructures capables de générer des informations complètes sur les génomes tumoraux et permettre de proposer des thérapeutiques ciblées, actives sur les altérations moléculaires à l'origine des cancers à l'échelon individuel.

Plus de 50 % des patients atteints d'un cancer sont actuellement guéris (80 % chez les enfants). Les efforts doivent porter prioritairement sur les cancers dont les pronostics sont les plus sévères. Il convient également de démontrer que la médecine personnalisée a un impact significatif sur la survie des patients et leur qualité de vie. Cette démonstration passe par des essais cliniques incluant l'évaluation des médicaments innovants ciblant ces anomalies moléculaires.

Action 6.3 : Mettre en œuvre dès 2014 des essais cliniques incluant l'analyse de l'exome tumoral sur 3 000 patients atteints de cancers du sein, cancers du côlon, cancers du poumon et sarcomes pour démontrer la faisabilité à grande échelle de ces approches et leur utilité dans la prise en charge des patients.

Ces essais, uniques dans leur conception à l'échelle internationale, généreront des données utiles à l'ensemble des chercheurs pour progresser dans la compréhension des cancers et leurs traitements. Ils justifieront le déploiement ultérieur de ces technologies pour de plus grands nombres de patients et permettront d'en évaluer le rapport bénéfice/coût.

Action 6.4 : Soutenir la mise en œuvre et la réalisation du séquençage à haut débit de l'ensemble des cancers à la fin du Plan.

En 2013, 60 000 patients ont bénéficié de la réalisation de tests uniques à la recherche d'anomalies de leur génome tumoral permettant de mieux adapter leur traitement. Le nombre de médicaments ciblés sur ces anomalies ainsi que le nombre de variations de ces anomalies augmentant chaque année, il convient d'anticiper que de nombreux tests vont être justifiés pour chaque patient. Une analyse complète des anomalies sera nécessaire dans les prochaines années afin d'avoir une vision complète du génome de chaque tumeur et de prévoir d'éventuelles résistances aux traitements, nécessitant la mise en place du séquençage à haut débit pour les activités de soins. L'ambition de ce programme national, unique au monde de par son ampleur, est d'offrir des soins adaptés à cette connaissance fine du génome des tumeurs, à plusieurs dizaines de milliers de patients d'ici la fin du Plan.

- Mettre en place dès 2014 à l'échelon national les conditions d'analyse des gènes (une centaine) pour lesquels on dispose de médicaments ciblés et développer les conditions d'aide à la décision thérapeutique. Cibler 10 000 tumeurs analysées en 2015, et 60 000 en 2018.

- Mettre en place, dans une deuxième phase, les conditions d'analyse complète du génome. Cibler 3 000 patients par an en 2015, de 10 à 15 000 patients en 2017 et de 50 000 patients à l'échéance du Plan.

- Mettre en place, pour les deux phases, des démarches partagées d'assurance qualité pour le séquençage à haut débit, l'analyse des résultats et le guidage de la décision de traitement adapté.

Action 6.5 : Générer et comprendre les grandes données.

- Labelliser les plateformes financées lors du PIA 1 pour le séquençage et l'analyse des tumeurs.

- Créer une plateforme nationale dédiée à la génomique et à l'analyse des données du cancer. Elle s'appuiera sur un partenariat avec le CEA (France Génomique), l'Inserm, l'Institut français de bioinformatique (IFB, réseau RENABI), le CEPH, la Ligue contre le cancer, l'Institut Curie, la Fondation Synergie Lyon Cancer, et d'autres partenaires.

- Organiser le stockage des données avec le partenaire approprié.

- Promouvoir des équipes de recherche dédiées à l'analyse des données en réseau, recruter des chercheurs et des ingénieurs en bioinformatique.
- Mettre en place des démarches partagées d'assurance qualité pour le séquençage à haut débit, l'analyse des résultats et de guidage de la décision de traitement adapté.

Action 6.6 : Développer de nouveaux modèles expérimentaux pour valider les données de génomique, développer de nouveaux marqueurs dérivés de la protéomique, tester le criblage de nouveaux médicaments et valoriser ces programmes.

Notre compréhension des cancers doit se prolonger en aval des données fondamentales par la recherche translationnelle ou de transfert :

- Valider les données de génomique par la protéomique (biomarqueurs) et par le développement de modèles expérimentaux et de modèles animaux.
- Développer des modèles de criblage des médicaments sur ces modèles.
- Développer de nouveaux biomarqueurs utiles à la prévention, au diagnostic précoce et au suivi thérapeutique.

Certaines innovations thérapeutiques issues de ces approches sont déjà proposées aux patients.

Action 6.7 : Développer des algorithmes d'identification des anomalies moléculaires responsables des cancers et rendre prioritaires les projets visant à développer les outils d'aide à la décision thérapeutique dans le cadre du programme de recherche sur la performance du système de soins.

La France dispose d'atouts scientifiques et techniques dans ce domaine qu'il faut favoriser par le soutien à des partenariats académiques-privés en phase avec les objectifs du nouveau programme d'investissements d'avenir (PIA2) et de la Commission Innovation 2030.

PRÉSERVER LA CONTINUITÉ ET LA QUALITÉ DE VIE

Être atteint d'un cancer c'est apprendre à vivre avec la maladie pendant, et le plus souvent, après les traitements.

Les progrès réalisés dans le diagnostic et les traitements ont permis de faire reculer la mortalité par cancer en France au cours des vingt dernières années. Si le pronostic demeure mauvais pour certaines localisations, les perspectives de guérison et de survie à long terme évoluent très favorablement pour nombre de cancers. De plus en plus, les cancers sont des maladies avec lesquelles on peut vivre et dont on peut guérir.

Mais, malgré ces progrès thérapeutiques et ces chances accrues de guérison, le cancer reste une épreuve difficile au plan physique et psychologique. Il est aussi bien souvent synonyme de ruptures dans la vie sociale, professionnelle ou scolaire du fait de la maladie et de ses traitements.

Par ailleurs, les personnes malades revendiquent leur droit à être pleinement associées aux décisions thérapeutiques qui les concernent. Elles réaffirment leurs besoins d'être informées et écoutées par les soignants. Leur prise en charge doit tenir compte de l'impact de la maladie sur leur vie personnelle, pendant et après la maladie.

La prise de conscience de la fragilité sociale engendrée par un cancer est aujourd'hui plus forte. Le cancer peut en effet être un facteur de paupérisation des personnes touchées et de leurs familles en raison des coûts indirects liés à la maladie et de la diminution des revenus du travail.

La difficulté du maintien et du retour à l'emploi avec ou après un cancer concerne un nombre croissant de personnes, salariées ou non. Le Plan vise à accompagner et soutenir les efforts des personnes pour préserver leur continuité et qualité de vie à travers trois objectifs :

- Assurer des prises en charge globales et personnalisées
- Réduire les séquelles des traitements et les risques de second cancer
- Diminuer les conséquences du cancer sur la vie personnelle

La dégradation de la qualité de vie après un cancer varie selon les localisations. Ainsi, deux ans après le diagnostic, 56 % des femmes atteintes d'un cancer du sein ont une qualité de vie dégradée. Cette proportion est de 38 % chez les personnes ayant eu un cancer colorectal et atteint 72 % chez celles touchées par un cancer du poumon (enquête VICAN 2, 2012). Le Plan se fixe pour cible, d'ici 5 ans, de réduire de 10 % la proportion de personnes ayant une qualité de vie perçue comme dégradée deux ans après le diagnostic pour les principaux types de cancer.

OBJECTIF 7 : ASSURER DES PRISES EN CHARGE GLOBALES ET PERSONNALISÉES

Parallèlement aux progrès thérapeutiques, la prise en charge personnalisée en cancérologie se doit d'évoluer vers un accompagnement prenant en considération l'ensemble des besoins de la personne et des proches. Le développement d'un accompagnement global nécessite une organisation coordonnée d'interventions pluridisciplinaires afin d'éviter les ruptures dans les parcours des personnes touchées ou d'en atténuer les effets. La qualité de l'accompagnement suppose aussi de donner aux personnes atteintes de cancer tous les moyens de participer pleinement à leur prise en charge. Ainsi, d'ici la fin du Plan cancer, un programme personnalisé de soins et de l'après-cancer devra être remis à tous les patients ainsi qu'un support d'information de référence sur sa pathologie et son traitement.

Fluidifier et adapter les parcours de santé

Le Plan cancer vise à mettre en place les conditions pour passer d'un parcours de soins en cancérologie à un parcours de santé assurant une continuité de la prise en charge, sans rupture, et répondant à l'ensemble des besoins des personnes atteintes et de leurs proches. Le parcours doit débuter dès la forte suspicion de cancer ou le diagnostic, se dérouler pendant les traitements actifs (par chirurgie, radiothérapie ou chimiothérapie) et se poursuivre au-delà pour la surveillance et le suivi. S'appuyant sur une organisation coordonnée et multidisciplinaire, le parcours repose sur une approche personnalisée prenant en considération l'ensemble des besoins au plan physique, psychologique et social.

Action 7.1 : Garantir aux malades une orientation adéquate dès le diagnostic de cancer.

Il s'agit de garantir aux malades avec l'appui du médecin généraliste ou de l'équipe de premier recours un premier rendez-vous avec une équipe de cancérologie adéquate dans un délai rapide dès la forte suspicion ou la confirmation du diagnostic. À cette fin, l'organisation de la prise en charge en cancérologie sera rendue plus lisible et un numéro de téléphone dédié au médecin traitant sera mis en place par les services hospitaliers et les structures de coordination en cancérologie (voir « Réduire les délais entraînant des pertes de chance », au sein du chapitre « Guérir plus de personnes malades »).

Action 7.2 : Adapter et renforcer le dispositif d'annonce.

Acquis essentiel des deux Plans cancer précédents, le dispositif d'annonce est intégré désormais à l'organisation des établissements de santé autorisés pour le traitement du cancer et doit être proposé à tous les patients. Pour renforcer l'impact de ce dispositif, il est nécessaire de l'adapter à la diversité croissante des prises en charge qui reposent de plus en plus sur un diagnostic et des traitements réalisés en ville. Il doit également répondre au mieux aux besoins des populations fragiles, en particulier les personnes porteuses d'une déficience intellectuelle.

- Redéfinir avec les différentes parties prenantes (professionnels hospitaliers et libéraux, usagers…) le contenu du dispositif d'annonce, ses différents temps (annonce du diagnostic et annonce du traitement) et ses modalités de mise en œuvre en cohérence avec l'évolution des prises en charge.
- Aborder, lorsque c'est pertinent, la problématique de la préservation de la fertilité dès la consultation d'annonce de la proposition thérapeutique.
- Sensibiliser et former les professionnels de santé libéraux et hospitaliers à l'annonce du diagnostic tout au long de leur parcours professionnel.
- Amplifier le suivi des populations fragiles, soit en étendant pour ces populations le rôle de l'équipe d'annonce à l'ensemble du parcours, soit en faisant intervenir d'autres personnels dédiés (infirmiers de liaison ou de coordination).
- Intégrer les modalités particulières de l'annonce pour les cancers pédiatriques, en termes de formation des professionnels, de supports d'information, de lieux d'annonce spécifiques, de soutien psychologique aux enfants et à leurs familles ou encore de suivi social.
- Adapter le dispositif d'annonce aux enfants et aux adultes porteurs d'une déficience intellectuelle, afin de favoriser leur compréhension et leur consentement éclairé aux propositions thérapeutiques.

Action 7.3 : Permettre à chacun de disposer de programmes personnalisés de soins et de l'après-cancer prenant en compte l'ensemble de ses besoins.

Instruments du dialogue entre soignants et soignés, les programmes personnalisés de soins et de l'après-cancer ont été initiés lors des deux plans cancer précédents. Ils demandent encore à être généralisés à toutes les personnes atteintes de cancer. Ainsi, seul un patient sur deux a reçu un programme personnalisé de soins (données 2010, enquête VICAN2 2012). En outre, leur contenu doit évoluer pour prendre en compte l'ensemble des besoins de la personne.

- Associer davantage le patient et son entourage à la proposition de prise en charge formulée dans les programmes personnalisés de soins et de l'après-cancer.
- Mettre en place, dès l'annonce et tout au long de la prise en charge, une détection systématique des besoins en soins de support et d'accompagnement, soutenue par le développement d'outils adaptés et par la formation/sensibilisation des soignants à la détection de ces besoins (voir Action 7.6).

- Faire évoluer le contenu des programmes personnalisés de soins et de l'après-cancer, notamment pour intégrer les soins de support et l'accompagnement médico-social et social (voir Actions 2.20 et 7.6).

- Inscrire la remise du programme personnalisé de l'après-cancer comme mesure transversale de la qualité pour l'autorisation de traitement du cancer.

Action 7.4 : Garantir au patient l'articulation entre l'hôpital et la ville à l'occasion de la consultation de fin de traitement.

Dans la logique de fluidification et de continuité des prises en charge, l'équipe hospitalière ayant initié le traitement doit s'assurer que le suivi du patient se poursuivra, sans rupture, à l'issue de la phase aiguë du traitement. Il s'agit de « passer le relais » aux professionnels de premier recours et notamment au médecin traitant, à l'occasion de la consultation qui se tient à la fin des traitements actifs, et de formaliser cette étape par la remise d'un programme personnalisé de suivi et de surveillance pour la période de l'après-cancer.

S'adressant à tous les patients, cet échange de fin de traitement peut revêtir une importance particulière pour les populations en difficulté (situations de handicap, situations précaires…) et pour les personnes fragiles (personnes âgées, isolées…). Dans ce cas, il pourra être particulièrement utile d'associer l'équipe d'appui au médecin traitant (réseau territorial, maison de santé pluridisciplinaire, HAD, SSIAD…) et/ou d'autres acteurs intervenant dans la prise en charge des soins de support et la réadaptation.

- Définir le contenu de la consultation de fin de traitement actif pour assurer la liaison entre l'équipe hospitalière, le patient et son entourage aidant et le médecin traitant.

- Formaliser cette étape par l'élaboration et la remise d'un programme personnalisé de suivi et de surveillance évolutif, destiné au patient et aux professionnels. Le programme personnalisé de l'après-cancer sera intégré à terme dans le dossier communicant de cancérologie. D'autres supports ou formats de type carnet de suivi pour les patients seront expérimentés.

- Inscrire ce temps fort de la continuité du parcours du patient comme mesure transversale de la qualité pour l'autorisation de traitement du cancer.

Action 7.5 : Structurer sous la responsabilité des ARS une organisation territoriale mobilisant les acteurs sanitaires, sociaux et médico-sociaux impliqués pour assurer une prise en charge globale et coordonnée.

L'organisation d'un accompagnement global et coordonné doit permettre d'éviter les ruptures et de favoriser une continuité du parcours de santé. L'enjeu est de mettre en synergie les acteurs qui interviennent aux différents moments de la prise en charge et sur ses divers aspects dans une approche globale des besoins de la personne. Une organisation doit être structurée afin de pouvoir mobiliser les organismes et personnes ressources au bon moment dans une logique d'intervention graduée. Un accompagnement adapté pour les personnes vulnérables ou en situation de précarité doit être conçu dans ce cadre. Cette démarche s'inscrit dans les objectifs de la Stratégie nationale de santé et en résonance avec les outils déployés dans le cadre du pacte territoire santé et les expérimentations des parcours personnalisés pendant et après le cancer.

- Clarifier les rôles respectifs de l'équipe hospitalière à l'initiative du traitement et de l'équipe de premier recours, en utilisant le dossier communicant de cancérologie comme outil d'interface (voir Actions 2.19 et 2.20).

- Organiser sous le pilotage de l'ARS, en lien avec le réseau régional de cancérologie, l'intervention des différents acteurs impliqués pour répondre de façon graduée à la diversité des prises en charge (réseaux de santé territoriaux, hospitalisation à domicile, prestataires de santé à domicile, professionnels de santé). Cadrer les conditions de leur articulation pour la délivrance de prestations de qualité, de façon équitable pour l'ensemble des patients sur l'ensemble du territoire et s'assurer de la lisibilité de cette organisation (voir Action 16.5).

- Sur la base des recommandations de la HAS, charger les ARS d'un plan de montée en charge de l'hospitalisation à domicile (HAD) dans le champ du cancer pour la période 2015-2018, et organiser un maillage territorial pour répondre à un enjeu d'équité d'accès.

- Élargir les possibilités d'accueil dans des établissements de soins de suite et organiser la continuité de prise en charge dans les établissements et services médico-sociaux (établissements d'hébergement pour personnes âgées ; établissements et services pour enfants ou adultes en situation de handicap…). La question de la prise en charge des médicaments onéreux dans ces établissements et services doit être prise en compte à cette fin (voir Actions 17.5 et 17.7).

Améliorer la qualité de vie par l'accès aux soins de support

Les soins de support comprennent dans une acceptation large le traitement de la douleur et des problèmes diététiques, le soutien psychologique, le suivi social pendant la maladie et les soins palliatifs. Ils font aujourd'hui partie intégrante de ce qui est attendu d'une prise en charge de qualité. Mais l'accès aux soins de support pour les personnes atteintes de cancer, comme pour les aidants et les proches, se heurte encore à un défaut de lisibilité de l'offre et demande encore à être amélioré. La détection des besoins en soins de support doit être organisée dès le début de la prise en charge, puis tout au long du parcours, pour toutes les personnes atteintes de cancer afin d'éviter des inégalités d'accès. Les soins de support et l'accompagnement médico-social et social doivent être intégrés au sein des programmes personnalisés de soin et de l'après-cancer. Par ailleurs, l'orientation des personnes suivies en ville vers une prise en charge adaptée en soins de support demande à être mieux organisée en mobilisant plusieurs leviers.

Action 7.6 : Assurer une orientation adéquate vers les soins de support pour tous les malades.

- Introduire dans les critères d'autorisation des exigences d'accès et de continuité des soins de support (mesure transversale de la qualité). Discuter systématiquement en RCP les besoins en matière de soins de support (et/ou en soins palliatifs) et notamment de prise en charge de la douleur et activer précocement les équipes compétentes.

- Demander aux centres spécialisés en oncopédiatrie de rendre compte de leur maîtrise des techniques de prise en charge de la douleur de l'enfant.

- Recommander la mise en place dans les services de temps de réunions de concertation, associant des personnels médicaux, paramédicaux et les équipes de soins de support, pour les situations complexes d'arrêt de traitement et de prise en charge palliative.

- Expérimenter au niveau régional une possibilité d'accéder à une réunion d'appui pluridisciplinaire rassemblant des professionnels de santé en cancérologie et en soins palliatifs pour les situations complexes de poursuite ou d'arrêt de traitement.

- Faciliter grâce aux programmes personnalisés de soins et de l'après-cancer le passage de relais et la transmission d'informations sur les besoins détectés et les prises en charge déjà effectuées, et rendre ces informations accessibles aux différents professionnels de ville impliqués (assistants sociaux, psychologues…).

- Organiser sous la responsabilité des ARS un maillage territorial adapté pour les prestations de soins de support (prise en charge de la douleur, diététique, soins palliatifs…), assurer la lisibilité de cette offre et mettre en place un accès coordonné hôpital/ville.

Action 7.7 : Améliorer l'accès à des soins de support de qualité.

- Produire des référentiels nationaux de bonnes pratiques sur les soins de support.

- Faciliter l'accessibilité financière aux soins de support en ville comme à l'hôpital, dans le cadre des réflexions sur l'évolution des modes de prise en charge (CORETAH, nouveaux modes de rémunération, forfaitisation…), en particulier pour l'accès aux consultations de psychologues pour les enfants atteints de cancer et leur famille.

Action 7.8 : Apporter des solutions de garde d'enfants pendant les rendez-vous médicaux et les traitements des parents.

Afin de permettre aux parents concernés, en particulier les femmes élevant seules des enfants, de trouver des solutions pour faire garder leurs enfants pendant les rendez-vous à l'hôpital, les futurs schémas départementaux de services aux familles seront enrichis d'un volet dédié aux besoins spécifiques des parents frappés par le cancer parmi d'autres maladies nécessitant des traitements lourds (accueil ponctuel, en horaires atypiques ou sur des plages horaires étendues).

En lien avec les établissements de soins prenant en charge les parents, des partenariats seront engagés avec des établissements d'accueil du jeune enfant et des professionnels (assistants maternels) pour développer un réseau de solutions d'accueil des jeunes enfants de parents pendant le traitement de ces derniers.

Faciliter la vie à domicile ou offrir des hébergements adaptés

L'évolution des prises en charge comme le souhait des malades et de leurs proches conduisent à des périodes plus fréquentes de soins à domicile. Pour que ce retour à domicile soit serein et pleinement bénéfique, il suppose, par-delà l'implication des proches, une mobilisation concertée d'acteurs sanitaires et médico-sociaux ou sociaux qui demande encore à être optimisée. Des dispositifs doivent également soutenir les aidants parfois demandeurs de répit. Enfin, des solutions d'hébergement à proximité des lieux de prise en charge doivent être développées pour garantir l'accès aux soins pour tous les malades.

Action 7.9 : Faciliter l'accès des personnes atteintes de cancer qui en ont besoin aux aides à domicile.

L'aide à domicile peut être nécessaire à certaines phases de l'évolution de la maladie. S'il existe une solvabilisation au titre de prestations légales (notamment l'allocation personnalisée pour l'autonomie pour les personnes âgées), une grande partie des prises en charge relève de l'action sociale des caisses de sécurité sociale et des mutuelles, et le cas échéant d'aides extralégales de collectivités territoriales ou d'aides financières des associations. Cette diversité peut, du fait des démarches à entreprendre, rendre difficile la mise en œuvre des aides nécessaires. Par ailleurs, nombre de personnes peuvent ne relever d'aucun des dispositifs mobilisables.

- Recenser les besoins actuels et prospectifs d'aides et d'accompagnement à domicile des personnes atteintes de cancer.
- Réaliser, sous la responsabilité des ARS, une cartographie des dispositifs d'aides à domicile dans chaque territoire.
- Engager une réflexion avec les financeurs actuels pour améliorer l'accès à des mesures de soutien à domicile.
- Étudier les conditions du développement d'accompagnateurs spécialisés (par exemple des « médiateurs en santé ») pour mieux prendre en compte les particularités culturelles ou linguistiques dans l'accompagnement social et psychologique des personnes malades et de leurs familles, en particulier dans les départements d'outre-mer.

Action 7.10 : Mieux prendre en compte les besoins des aidants familiaux ou proches aidants.

Les proches aidants sont les personnes qui viennent en aide à titre non professionnel, pour partie ou totalement, à une personne dépendante de leur entourage, pour les activités de la vie quotidienne. Cette aide régulière peut prendre plusieurs formes (nursing, soins, accompagnement à l'éducation et à la vie sociale, démarches administratives, coordination, vigilance permanente, soutien psychologique, communication, activités domestiques…).

Face à la lourdeur de la tâche, les aidants expriment des besoins de répit en particulier pour des situations de soins palliatifs. Les réponses sanitaires sociales ou médico-sociales actuelles sont très insuffisantes. Il paraît essentiel de mieux qualifier et quantifier ces besoins de répit, et au-delà du seul champ de la fin de vie.

- Outiller les professionnels du médico-social et sensibiliser les professionnels de santé pour identifier les besoins des aidants, repérer et anticiper leurs difficultés notamment de santé.

- Étudier les modalités de réponse aux besoins de répit dans le cadre d'une approche de parcours. L'objectif est d'assurer une réponse de proximité, s'intégrant dans la palette de l'offre existante, sanitaire – y compris ambulatoire – et médico-sociale, sans constituer un niveau supplémentaire. Elle doit permettre une fluidité dans les réponses apportées aux besoins des malades et de leurs aidants, sans que cela nécessite pour autant la création de nouvelles structures. Ce travail visera aussi à mieux qualifier et quantifier ce besoin.

Action 7.11 : Promouvoir l'accès à des solutions d'hébergement adaptées à l'évolution des prises en charge.

Garantir l'accès aux soins en cancérologie nécessite de poursuivre le développement d'une offre d'hébergement adaptée pour les personnes les plus éloignées des centres de soins. En outre, l'évolution des prises en charge peut conduire à faire évoluer les modalités d'hébergement. Ainsi, la prise en charge dans le cadre de séquences itératives de traitement ne relève pas nécessairement d'une hospitalisation, mais pourrait être réalisée dans le cadre de solutions d'hébergement adaptées et donner lieu à des solutions innovantes permettant de concilier qualité de vie des patients et sécurité de l'accueil.

- Expérimenter des solutions d'hébergement en accompagnement de prises en charge hospitalières, notamment pour les séquences itératives de traitement.

- Poursuivre le développement d'hébergement à proximité des lieux de soins pour les familles éloignées, en particulier dans les départements d'outre-mer. La mise à disposition d'une offre d'hébergement adaptée concerne notamment les enfants atteints de cancer ou leur famille.

Action 7.12 : Ouvrir aux personnes atteintes de cancer les plus démunies l'accès à une offre élargie d'alternatives au domicile.

Le développement de l'offre de lits halte santé ou de lits d'accueil médicalisés vise à permettre aux personnes sans domicile fixe atteintes de cancer de disposer d'une prise en charge continue. L'action répond aux besoins des personnes les plus démunies. Elle apporte également une solution aux établissements de santé dépourvus de réponse face à ces situations et doit permettre d'éviter les hospitalisations répétées.

- Permettre aux personnes atteintes de cancer d'accéder aux lits halte santé et d'accueil médicalisés destinés aux personnes sans domicile fixe atteints de cancer.

Permettre à chacun d'être acteur de sa prise en charge

Un accompagnement de qualité implique de donner à la personne atteinte de cancer tous les moyens de participer pleinement à sa prise en charge. Plus de 40 % des malades estiment ne pas avoir été associés aux décisions concernant leurs traitements (données 2010, enquête VICAN2 2012). Le malade et ses proches doivent disposer d'une information de référence sur le cancer et la prise en charge, adaptée à sa situation et répondant au mieux à ses besoins. Cette information doit être accompagnée par l'équipe soignante, les professionnels sociaux et les acteurs associatifs.

Action 7.13 : Rendre accessible aux malades et aux proches une information adaptée.

- Enrichir les contenus des supports d'information de référence et notamment la plateforme d'information santé Cancer info sur les cancers et les prises en charge, en ce qui concerne les soins de support et l'accompagnement social. Accroître encore la notoriété des outils de la plateforme Cancer info pour favoriser leur appropriation par les professionnels et les acteurs associatifs et leur mise à disposition auprès des personnes atteintes et de leurs proches.

- Généraliser la remise par l'équipe soignante d'un support d'information sur la prise en charge, adapté selon le type de cancer. Il pourra être délivré à la personne lors de la remise de son programme personnalisé de soins.

- Améliorer la communication soignant-soigné par la formation des médecins. Le référentiel national du DES d'oncologie intégrera dans les compétences génériques ou transversales la communication avec le malade et son entourage.

- Conforter l'apport des associations à l'amélioration de la qualité de la relation enfant/parents/professionnels et de l'information échangée, via des appels à projets qui porteront également sur leur contribution dans l'accompagnement des situations d'échec thérapeutique.

Action 7.14 : Promouvoir le développement de programmes d'éducation thérapeutique des patients.

L'éducation thérapeutique vise à aider les patients, ainsi que leurs proches, à mieux comprendre la maladie et les traitements afin de pouvoir s'impliquer dans leur prise en charge pour une meilleure qualité de vie. Le développement de l'éducation thérapeutique du patient (ETP) passe par le soutien de programmes intégrés à la stratégie thérapeutique et la sensibilisation des professionnels de santé, à l'hôpital comme en ville, à l'intérêt de cette démarche.

- Soutenir le développement de programmes d'éducation intégrés à la stratégie thérapeutique et axés en particulier sur l'information, l'observance et la gestion des effets indésirables. Les programmes s'appuieront sur les recommandations publiées par la HAS et les aides méthodologiques co-élaborées avec l'Inpes pour l'éducation thérapeutique dans le champ des maladies chroniques. Ils pourront comporter la participation de « patients ressources » (voir Action 7.15).

- Renforcer la formation et la sensibilisation des professionnels de santé à l'éducation thérapeutique, à l'hôpital comme en ville (médecin, pharmacien, infirmier).

Action 7.15 : Soutenir des expériences de « patients ressources » bénévoles et évaluer l'apport et les conditions de leur participation à l'accompagnement des personnes atteintes de cancer.

L'intervention de « pairs » ayant déjà eu l'expérience de la maladie dans l'accompagnement peut être un facteur facilitant la communication soignant-soigné et au-delà la participation de la personne à sa prise en charge.

- Soutenir des expériences de participation de « patients ressources » bénévoles dans l'accompagnement de personnes atteintes de cancer et dans la formation des professionnels de santé et évaluer leurs apports et les conditions de réussite (modes de recrutement, formation des bénévoles…).

Action 7.16 : Améliorer l'information sur les essais cliniques en cancérologie.

- Rendre accessibles aux malades les résultats des essais sur le registre des essais cliniques en cancérologie de l'INCa.
- Mettre à leur disposition des fiches d'information sur les essais, relues par les comités de patients.

OBJECTIF 8 : RÉDUIRE LES RISQUES DE SÉQUELLES ET DE SECOND CANCER

Les progrès réalisés dans le diagnostic et les traitements ont permis d'accroître les chances de guérison pour nombre de cancers. Ils n'ont pas encore pu cependant éliminer, pour les personnes ayant été atteintes, les séquelles liées à la maladie et aux traitements. Pour beaucoup d'entre elles, ces séquelles pénalisent leur vie sociale, scolaire et professionnelle. Le Plan cancer cherche à amplifier les efforts pour réduire la toxicité des traitements grâce à la recherche clinique et au développement de la médecine personnalisée. Il est également nécessaire de mieux connaître les effets à long terme des traitements reçus, mais aussi d'améliorer la prise en charge des séquelles pour en atténuer les conséquences.

Systématiser la prévention et la prise en charge des séquelles

Les traitements des cancers s'accompagnent, pour nombre de malades, de séquelles physiques ou psychologiques. Ainsi, trois personnes sur cinq déclarent avoir conservé des séquelles deux ans après un diagnostic de cancer (enquête VICAN2, 2012). Les troubles sont divers et d'intensité variable : douleurs, fatigue chronique, troubles moteurs ou de la vision, difficultés psychologiques, troubles de la mémoire et de l'attention, à plus long terme menace sur la fertilité, etc. Par leurs répercussions et les limitations qu'elles imposent, les séquelles sont déterminantes des conditions de vie après un cancer.

Réduire les effets secondaires des traitements constitue donc un enjeu majeur du Plan cancer pour une meilleure qualité de vie des personnes touchées et doit être un objectif de la recherche clinique. La médecine personnalisée peut également avoir un impact significatif sur la qualité de vie des patients en leur épargnant des traitements inefficaces (voir chapitre « Guérir plus de malades »).

Action 8.1 : Assurer l'accès à la préservation de la fertilité

L'accès à la préservation de la fertilité est garanti par les lois de bioéthique qui prévoient que « toute personne dont la prise en charge médicale est susceptible d'altérer la fertilité (…) peut bénéficier du recueil et de la conservation (…) en vue de la préservation et de la restauration de sa fertilité ». Il est également encadré par le dispositif d'autorisation des établissements de santé pour le traitement des cancers et par les critères d'agrément spécifiques pour la prise en charge des patients de moins de 18 ans.

Toutefois, l'accès à la préservation de la fertilité n'est pas effectif aujourd'hui pour tous les patients concernés atteints de cancer, comme l'a souligné le rapport conjoint publié par l'INCa et l'Agence de la biomédecine (décembre 2012) sur les conséquences des traitements des cancers et la préservation de la fertilité. Il importe dès lors de mettre en place les actions suivantes :

- Systématiser l'information des patients concernés, dès la consultation d'annonce de la proposition thérapeutique, sur les risques des traitements du cancer pour leur fertilité ultérieure et sur les possibilités actuelles de préservation de la fertilité, notamment chez les enfants et les adolescents. Adaptée à la situation personnelle des patients, cette information doit être réalisée y compris lorsque le traitement de première intention n'apparaît pas d'emblée comme stérilisant. Lorsque le patient le souhaite, il devra être adressé à un spécialiste de la reproduction compétent en préservation de la fertilité.

- Développer de nouvelles recommandations professionnelles sur l'évaluation des risques d'altération de la fertilité, les possibilités de préserver la fertilité avant la mise en route des traitements et les techniques de préservation de la fertilité en fonction des différentes situations de sexe, d'âge, de pathologie et de traitements lors des réunions de concertation pluridisciplinaire.

- Assurer un égal accès des patients sur le territoire aux plateformes clinicobiologiques de préservation de la fertilité : organisation formalisée entre les centres d'assistance médicale à la procréation (associant un lieu d'accueil et de suivi, de consultations pluridisciplinaires et un plateau technique de cryobiologie) et les professionnels cancérologues et spécialistes de la reproduction.

- Favoriser la recherche sur la prévention et la réduction des risques d'altération de la fertilité et sa restauration ; mettre en place un suivi de type cohorte pour les patients bénéficiant d'une procédure de restauration de la fertilité (après notamment conservation de tissu ovarien).

Action 8.2 : Structurer le suivi de long terme des enfants et adolescents.

Les patients traités pour un cancer dans leur enfance/adolescence doivent notamment pouvoir bénéficier d'un suivi adapté tout au long de leur parcours de vie dans la perspective d'anticiper et suivre les effets secondaires éventuels des traitements et bénéficier d'un accompagnement psychologique si nécessaire.

- Définir au plan national l'organisation à mettre en place pour assurer un suivi de long terme des patients, en intégrant les spécificités des enfants et adolescents.

- Évaluer l'impact psychosocial et médico-économique de la maladie après guérison des enfants et adolescents atteints de cancer.

- Renforcer, à partir des registres existants, l'observation et le suivi des enfants et adolescents traités par thérapies ciblées pour identifier les complications à long terme et pouvoir, à terme, les anticiper.

- Identifier les prédispositions génétiques aux complications toxiques à long terme.

Action 8.3 : Améliorer la prise en compte des séquelles physiques des traitements des cancers.

L'enjeu est d'améliorer la connaissance des complications et des séquelles des cancers et leurs traitements à moyen et long terme afin de mettre en place les actions adaptées visant à améliorer la prévention, le repérage et la prise en charge de ces séquelles.

- Réaliser une enquête observationnelle de suivi à partir de différentes sources : cohorte cancer (SNIIR-AM), registres, dossiers médicaux. Elle s'appuiera notamment sur les résultats de l'enquête VICAN 2 et des travaux internationaux.
- Développer des outils de communication et de sensibilisation pour les professionnels de santé, ainsi que des supports d'information pour les patients.
- Soutenir des actions de recherche clinique afin d'améliorer la connaissance des mécanismes et/ou des circonstances qui sous-tendent le développement de lésions séquellaires après traitement du cancer (voir Action 5.2).

Généraliser une démarche de prévention après un diagnostic de cancer

Chez les personnes atteintes de cancer, la consommation de tabac, d'alcool et l'obésité sont des facteurs associés à la survenue d'autres pathologies, à une dégradation de la qualité de vie et, pour certaines d'entre elles, à la survenue d'un second cancer.

Renforcer l'adhésion de ces patients à la prévention et les accompagner dans la modification des comportements à risque est un nouvel enjeu de la prise en charge personnalisée en cancérologie pour contribuer à réduire la morbidité et la mortalité sur le long terme.

La sensibilisation et la mobilisation des acteurs (médecins spécialistes ou généralistes, infirmiers, personnel non médical) constituent des leviers essentiels pour que le tabagisme, la consommation alcool et la nutrition soient systématiquement abordés au regard des besoins des patients.

En rendant systématique la prise en compte du statut tabagique dans la prise en charge du cancer, le Plan se fixe pour cible d'accroître la proportion des patients fumeurs qui s'engagent dans un sevrage (de 10 % en 2014 à 30 % à la fin du Plan).

Action 8.4 : Systématiser l'accompagnement au sevrage tabagique des malades atteints de cancer.

La consommation de tabac chez les patients traités pour un cancer est un facteur augmentant le risque de développer un second cancer primitif. De plus, elle diminue l'efficacité ou augmente les effets secondaires de certains traitements et a un impact sur le risque de récidives et le pronostic de la maladie.

L'annonce d'un diagnostic de cancer est un moment qui peut être opportun pour aborder la prévention, et en particulier pour inciter à l'arrêt du tabac. L'équipe impliquée dans la prise en charge est un relais déterminant dans la sensibilisation des patients aux messages de prévention. L'enjeu du Plan cancer est donc de donner une place réelle au sevrage tabagique en cancérologie.

- Augmenter le montant du forfait d'aide à l'arrêt du tabac pour l'ensemble des patients atteints de cancer (tripler le montant pris en charge de 50 à 150 euros).
- Systématiser la prise en compte du statut tabagique du patient lors de la réunion de concertation pluridisciplinaire (RCP) et son suivi dans le dossier du patient (dossier communicant de cancérologie : DCC).
- Intégrer l'arrêt du tabac dans les recommandations de traitement de tous les cancers et inscrire l'organisation d'un accompagnement au sevrage tabagique dans les critères d'autorisation à la prise en charge du cancer.
- Sensibiliser les professionnels de santé et les patients aux bénéfices de l'arrêt du tabac dès le diagnostic de cancer et sur le long terme et donner des repères pratiques sur l'accompagnement au sevrage dans le parcours de soins.
- Mener une action spécifique de prévention à l'initiation tabagique auprès des adolescents et les jeunes adultes ayant eu un cancer pédiatrique.

Action 8.5 : Mieux prendre en considération la consommation d'alcool des patients atteints de cancer et informer sur ses dangers.

L'annonce d'un diagnostic de cancer à un patient peut être aussi un moment propice à une prise de conscience sur sa consommation d'alcool et sur la mise en place d'une démarche de prise en charge.

- Systématiser la prise en compte de la consommation d'alcool du patient lors de la réunion de concertation pluridisciplinaire (RCP) et son suivi dans le dossier du patient (dossier communicant de cancérologie : DCC).
- Inscrire la limitation de la consommation d'alcool dans les recommandations de prise en charge de tous les cancers. Inclure un objectif sur la réduction des consommations d'alcool dans l'accompagnement nutritionnel des patients. S'assurer d'une mobilisation des services d'addictologie, notamment pour les fortes consommations.
- Mieux informer les professionnels de santé et les patients sur le lien entre alcool et cancer et sur l'intérêt de la réduction de la consommation d'alcool dès le diagnostic.

Action 8.6 : Promouvoir chez les patients atteints de cancer l'activité physique et les comportements nutritionnels adaptés.

L'activité physique pendant et après le traitement améliore la qualité de vie et diminue la sensation de fatigue. Elle peut améliorer la survie après un cancer du sein ou un cancer colorectal, alors que la surcharge pondérale augmente le risque de second cancer. Le Plan cancer porte donc la promotion de l'activité physique encadrée et ajustée, ainsi que des comportements nutritionnels adaptés.

- Systématiser la prise en charge de la surcharge pondérale, la prévention d'une prise de poids pendant le traitement et la prévention de la sédentarité avec augmentation du niveau d'activité physique. Définir les modalités de l'intégration de l'activité physique adaptée dans le parcours des malades atteints de cancer.

- Identifier et rendre accessible l'offre d'activité physique ou sportive adaptée aux personnes atteintes de cancer, notamment en dehors des établissements de santé.

- Sensibiliser les professionnels de santé et les patients au danger des comportements sédentaires et à l'intérêt de renforcer ou de maintenir une activité physique après un diagnostic de cancer.

Action 8.7 : Favoriser l'observation et la recherche dédiée à la prévention des risques de second cancer.

- Mieux documenter la prévalence des principaux facteurs comportementaux après diagnostic de cancer (tabac, alcool, sédentarité, surpoids…) et leur impact sur l'état de santé des patients à distance du diagnostic concernant le recours aux soins, les comorbidités, les seconds cancers et les récidives.

- Analyser les freins chez les patients et les professionnels de santé aux conduites de prévention ou à leur accompagnement (tabagisme, alcoolisme...) après diagnostic de cancer.

OBJECTIF 9 : DIMINUER L'IMPACT DU CANCER SUR LA VIE PERSONNELLE

La survenue d'un cancer a souvent de fortes conséquences sur la vie sociale, scolaire ou professionnelle des personnes atteintes ou ayant été atteintes de cancer, ainsi que sur celle de leurs proches. Confrontées aux conséquences de la maladie sur leurs ressources économiques, sur leurs études ou leur travail, les personnes malades les ressentent comme une « double peine ». Au moment où de plus en plus de personnes vivent ou vivront après un diagnostic de cancer, le Plan cancer mobilise chacun des acteurs de l'enseignement, de la formation, de l'assurance, du monde du travail et du secteur médical et social pour minimiser l'impact préjudiciable de la maladie sur la vie quotidienne.

Permettre la poursuite de la scolarité et des études

Le cancer touche aussi les enfants et les adolescents. On estime à 1 700 par an le nombre de nouveaux cas de cancers chez les enfants de moins de 15 ans, soit un enfant sur 500 avant sa 16e année. La survie globale des enfants atteints de cancer est estimée à 92 % à 1 an et 82 % à 5 ans, tous types de cancers et tous âges confondus (sur la période 2000-2007).

Pour que le cancer ne pénalise pas leur vie future, il est nécessaire de permettre aux enfants et aux adolescents malades de poursuivre leur scolarité et leurs études. Plusieurs dispositifs existent, mais ils paraissent encore mal connus des équipes pédagogiques et parfois difficiles à mettre en place, en particulier dans le secondaire. L'accès aux aménagements des examens et concours doit également être amélioré et l'utilisation des nouvelles technologies est encore à développer.

Action 9.1 : Améliorer l'accès aux aménagements pour le maintien de la scolarisation.

- Améliorer l'information des familles sur les dispositifs mobilisables pour le maintien de la scolarisation en cas de maladie ou d'accident. Afin d'assurer la plus large information possible et éviter toute stigmatisation, ces éléments seront remis à l'occasion de la diffusion d'autres documents afférents au fonctionnement de l'établissement par l'école. Ils devront comprendre les diverses possibilités d'adaptation de la scolarité en amont de toute situation de trouble de santé (PAI, APAD, CNED, projet personnalisé de scolarisation, aménagement d'examen, accompagnement lors du cursus universitaire, etc.).

- Permettre aux élèves atteints de cancer ne pouvant fréquenter un établissement d'enseignement de poursuivre leur scolarité en leur assurant l'accès à l'enseignement à distance. Étendre la gratuité de l'inscription au CNED au-delà de 16 ans.

- Prévoir, dans le projet d'accueil Individualisé (PAI), outre les adaptations des horaires, les conditions de maintien du lien avec l'équipe pédagogique lors des absences ponctuelles de l'élève.

- Expérimenter l'apport des espaces numériques de travail pour les élèves hospitalisés, notamment l'usage de tablettes numériques pour la scolarisation.

Action 9.2 : Veiller aux besoins de compensation liés à la maladie et aux traitements des cancers de l'enfant.

- Sensibiliser et former les acteurs de l'éducation nationale (enseignants, conseillers principaux d'éducation, conseillers d'orientation…) et les professionnels des MDPH aux spécificités des cancers chez l'enfant en termes d'impacts de la maladie et de besoins de compensation notamment pour faciliter la poursuite de leur parcours scolaire ou compenser des surcoûts liés à la maladie et aux traitements.

Action 9.3 : Sécuriser le parcours des étudiants atteints de cancer dans l'enseignement supérieur.

- Informer les jeunes, leurs familles et les personnes en reprise d'études dans le cadre d'une réorientation, des possibilités d'accompagnement par les structures handicap pour le cursus universitaire et l'insertion professionnelle. L'information sur les possibilités d'accompagnement par les structures handicap des établissements sera incluse dans les supports d'information (Cancer info ; sites internet). Cette information sera diffusée auprès des établissements d'enseignement supérieur (scolarité, équipes pédagogiques et administratives des EFU, étudiants).

- Informer/sensibiliser la communauté universitaire des conséquences de ce type de pathologie sur le parcours de l'étudiant grâce à l'organisation d'un séminaire sur l'accompagnement des étudiants handicapés atteints de cancer dans le cadre des journées nationales de regroupement des missions handicap des universités.

- Développer l'accès et l'utilisation des cours en ligne ouverts et gratuits (« massive open online course, MOOC ») et de la plateforme France université numérique (FUN).

Accorder une priorité au maintien et au retour dans l'emploi

La survenue d'un cancer se traduit par de fortes répercussions sur la situation professionnelle des personnes atteintes.

Parmi les personnes qui étaient en activité lors du diagnostic, trois personnes sur dix ont perdu leur emploi ou l'ont quitté deux ans après (enquête VICAN2, 2012). Pour les personnes qui étaient au chômage au moment du diagnostic, le retour à l'emploi est rendu plus difficile : seules 30 % des personnes au chômage ont retrouvé un emploi deux ans après (*versus* 43 % chez les personnes n'ayant pas eu de cancer). Le Plan cancer se fixe pour cible, d'ici 2020, d'augmenter de 50 % les chances de retour à l'emploi deux ans après le diagnostic des personnes atteintes d'un cancer par rapport à celles n'ayant pas de cancer.

Pour les personnes qui conservent leur emploi, les problèmes de santé pèsent souvent sur la vie professionnelle : difficultés à combiner vie professionnelle et traitement thérapeutique ; retentissement de la maladie et des traitements en termes de fatigue, douleur, troubles du sommeil et de la concentration... Les personnes atteintes de cancer peuvent ressentir un sentiment de marginalisation au sein de leur entreprise ou de leur collectif de travail et parfois se plaindre de mesures discriminatoires dans leur travail (perte de responsabilité, refus de promotion).

La sécurisation des parcours professionnels tout au long de la vie professionnelle est un objectif essentiel. Chaque situation est personnelle et spécifique ; elle est aussi évolutive. Toute personne doit être acteur de son parcours professionnel, mais doit aussi pouvoir être aidée, accompagnée et appuyée dans l'entreprise et en dehors de celle-ci durant la période de fragilité qu'elle traverse.

Action 9.4 : Parfaire l'offre de solutions adaptées à chaque situation personnelle des personnes atteintes de cancer.

Les dispositifs existants de maintien et retour vers l'emploi comportent un certain nombre de droits ou de mesures qui peuvent être utilisés par la personne à un moment donné de sa vie professionnelle. Ces dispositifs seront améliorés sur plusieurs points.

Une réflexion commune entre l'État et les partenaires sociaux sera menée, dans le cadre de la préparation du prochain Plan santé au travail, sur la question de l'harmonisation des droits des personnes atteintes de cancer ou de maladies chroniques qui sont confrontées à des problèmes d'aptitude et de ceux des travailleurs handicapés.

- Ouvrir plus largement les droits à l'aménagement du temps de travail. Un chantier sera ouvert sur les conditions de mobilisation et de modification des codes du travail et de la sécurité sociale, pour élargir l'accès au temps partiel et au congé pour les salariés malades du cancer ou les aidants familiaux, et pour assouplir les conditions du temps partiel thérapeutique et du temps partiel annualisé.

- Élargir les possibilités d'aménagements de poste de travail et d'accompagnement social pour tenir compte de l'état de santé. Le rôle respectif des services d'appui au maintien dans l'emploi des travailleurs handicapés (SAMETH) et des services santé au travail sera clarifié par une concertation étroite avec les partenaires sociaux.

- Accompagner vers l'emploi les personnes atteintes du cancer dont le licenciement pour inaptitude n'aura pas pu être évité. Il sera demandé à Pôle emploi d'expérimenter un accompagnement adapté des licenciés pour inaptitude comme il en existe pour les licenciés pour motif économique.

- Mettre en place les nouveaux droits individuels à la formation professionnelle dès 2015.

  Le dispositif issu de l'Accord national interprofessionnel qui fera l'objet d'un projet de loi comporte plusieurs mesures nouvelles qui contribueront à l'objectif de maintien dans l'emploi ou de réinsertion professionnelle. Ainsi, un entretien professionnel entre l'employeur et chaque salarié devra être organisé tous les deux ans et de façon systématique après un arrêt de longue maladie. Un compte personnel de formation sera attribué à chaque personne pour faciliter l'accès à la formation à son initiative et sa mobilité professionnelle. Le conseil en évolution professionnelle sera accessible gratuitement à toute personne entrée ou entrant dans la voie active avec des dispositions spécifiques pour les personnes en situation d'inaptitude ou de handicap.

- Délivrer aux personnes atteintes de cancer une information plus adaptée et individualisée. Le dispositif actuel d'information des malades et des professionnels qui les accompagnent sur les mesures mobilisables en faveur de leur insertion professionnelle et de leur maintien dans l'emploi, sera adapté et mis à disposition sur un site en 2014.

Action 9.5 : Responsabiliser l'entreprise dans toutes ses composantes sur l'objectif de maintien dans l'emploi ou la réinsertion professionnelle.

- Organiser, à l'initiative du ministère du Travail, des rencontres avec les représentants des entreprises (organisations professionnelles ou chambres consulaires, responsables des ressources humaines) pour évaluer les contraintes pesant sur la réinsertion des salariés atteints de cancer ou de maladies chroniques, pour sensibiliser les employeurs à la lutte contre les discriminations et à la diffusion de bonnes pratiques dans ce domaine.

- Mettre à la disposition des responsables d'entreprises des informations adaptées sur le site « Travailler mieux » qui renverra aux autres sites institutionnels. Il comportera des outils et des exemples de bonnes pratiques.

- Confier à l'ANACT le développement expérimental d'une approche organisationnelle du maintien en activité et la capitalisation et diffusion des bonnes pratiques sur le maintien des salariés atteints de maladies chroniques dans les entreprises.

Les partenaires sociaux ont leur rôle à jouer notamment en intégrant la préoccupation des personnes atteintes de cancer ou d'une autre maladie chronique dans leurs accords d'entreprise ou de branche quand ils négocient, en particulier sur la qualité de vie au travail, le temps de travail, les travailleurs handicapés ou la formation professionnelle.

Action 9.6 : Progresser dans la coordination territoriale des différents acteurs qui interviennent pour le maintien dans l'emploi ou son accès.

Le maintien dans l'emploi ou la réinsertion professionnelle des personnes atteintes de cancer nécessitent une bonne articulation de l'action des différents intervenants sur ce champ, acteurs de l'accompagnement vers l'emploi ou la formation professionnelle et acteurs de prévention des conditions de travail. Plusieurs actions concourent à renforcer la coordination des acteurs.

- Établir un état des lieux de l'offre de service proposée par les acteurs et développer une approche pluridisciplinaire du maintien dans l'emploi.
- Expérimenter une démarche globale de coordination sur le maintien dans l'emploi et la réinsertion professionnelle des personnes vulnérables.
- Une expérimentation sera réalisée dans deux ou trois régions en 2014 et pour une durée de deux ans. Cette approche réunira les acteurs de prévention qui interviennent sur les conditions de travail dans l'entreprise (services santé au travail, Carsat, Aract, Direccte, etc.) et les acteurs qui sont présents sur le champ de l'emploi et de la formation professionnelle. Elle visera à développer les liaisons entre les services compétents sur la santé au travail et la santé publique et les médecins compétents (médecins du travail, médecins généralistes, médecins-conseils de la sécurité sociale).
- Décliner l'objectif de prévention de la désinsertion professionnelle dans les contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens qui seront conclus en 2014 et 2015 par les services santé au travail interentreprises, les Carsat et les Direccte à partir du diagnostic établi en commun.

Action 9.7 : Valoriser le travail réalisé sur le maintien dans l'emploi pour le faire connaître et le développer.

Des Assises nationales dédiées à l'emploi des personnes courant un risque de désinsertion professionnelle en raison de leur santé seront organisées à mi-parcours du Plan cancer. Elles mobiliseront l'ensemble des acteurs concernés : ministères compétents, organismes et opérateurs intervenant dans ce domaine, associations et partenaires sociaux. Elles permettront de présenter les premiers résultats des expérimentations régionales et de présenter les bonnes pratiques pour améliorer la situation professionnelle des malades atteints du cancer.

Atténuer les conséquences économiques du cancer

De nombreux travaux témoignent de l'impact préjudiciable de la maladie sur le niveau de vie des personnes touchées. Situation professionnelle fragilisée, coût de la prise en charge malgré l'inscription en affection de longue durée (ALD) du fait de restes à charge parfois conséquents, dépenses induites pour les familles…, autant d'éléments qui contribuent à la paupérisation d'une partie des personnes atteintes. Atténuer les conséquences économiques du cancer est un impératif qui doit mobiliser différents leviers, notamment réduction des restes à charge, amélioration des conditions d'accès aux revenus de remplacement, facilitation de l'accès à l'emprunt et à l'assurance.

Action 9.8 : Permettre un meilleur accès aux revenus de remplacement en cas d'arrêt maladie.

Les conditions actuelles d'attribution des indemnités journalières et des pensions d'invalidité pénalisent les salariés à temps partiel, titulaires de contrats précaires ou éloignés de l'emploi du fait de la maladie.

Un rapport au Parlement a été prévu par la loi de financement de la sécurité sociale 2014 dont les résultats sont attendus pour le prochain PLFSS 2015. Le gouvernement a d'ores et déjà annoncé qu'il était nécessaire de faire évoluer les conditions d'ouverture de ces droits pour lever les inégalités d'accès aux revenus de remplacement et un groupe de travail a été mis en place. Les objectifs sont de :

- Permettre aux salariés ayant exercé une activité professionnelle restreinte de bénéficier d'un meilleur accès aux indemnités journalières : assouplir les conditions d'ouverture des droits aux indemnités journalières, qui sont aujourd'hui conditionnées à un seuil de 200 heures travaillées au cours des trois mois précédant l'arrêt de travail, pour les arrêts de moins de six mois, et à un seuil de 800 heures travaillées au cours de l'année précédente pour les arrêts de plus de six mois. Cette révision des conditions d'attribution s'appliquera également aux pensions d'invalidité.

- Permettre aux salariés ayant un parcours professionnel morcelé de bénéficier d'indemnités journalières : assouplir les conditions d'ouverture des droits aux indemnités journalières pour les arrêts de plus de six mois en supprimant la condition de 200 heures travaillées pendant les trois premiers mois au cours des douze mois précédant l'arrêt (décret n°2013-1260 du 27 décembre 2013).

- Étudier les conditions d'une évolution de l'attribution de revenus de remplacement dans la fonction publique.

Action 9.9 : Atténuer les surcoûts pour la famille liés à l'accompagnement d'un enfant malade.

- Délivrer une information spécifique aux familles d'enfants atteints de cancer, dès le diagnostic et l'annonce, sur les possibilités offertes par l'AEEH, pour compenser les surcoûts et les besoins liés à la maladie et aux traitements ainsi que sur les démarches à accomplir. En parallèle, les professionnels des MDPH seront mieux sensibilisés aux spécificités des cancers chez l'enfant en termes d'impacts de la maladie et de besoins de compensation (voir Action 9.2).

- Simplifier les procédures et les conditions d'accès aux différents dispositifs d'aide proposés par les MDPH pour les adapter aux situations de perte d'autonomie temporaire observées dans le cadre d'une maladie telle que le cancer.

Action 9.10 : Permettre un égal accès aux actes et dispositifs de reconstruction après un cancer.

Certaines prises en charge de cancer étaient jusqu'à présent affectées par des restes à charge significatifs liés soit à l'absence de tarifs de remboursement, soit à l'existence de dépassements d'honoraires marqués. Le deuxième Plan cancer a, grâce à l'inscription des actes de pose d'implants dentaires, réduit les restes à charge de la reconstruction dentaire après un cancer ORL. Le nouveau Plan souhaite résoudre une autre situation souvent très coûteuse pour les patientes : la reconstruction mammaire après un cancer du sein. L'accès à ces soins est particulièrement déterminé par des facteurs socioéconomiques en raison des restes à charge élevés qui pèsent sur les malades. Plusieurs mécanismes vont être mis en place ou déployés pour contribuer à réduire ces restes à charge.

- Inscrire de nouvelles techniques reconnues de reconstruction mammaire à la nomenclature des actes : deux techniques seront inscrites en 2014, celle de la reconstruction par lambeaux et celle de la symétrisation mammaire.

- Revaloriser les actes liés à la reconstruction mammaire : les tarifs de six actes liés à la reconstruction mammaire vont être augmentés dès 2014.

- Favoriser dans les régions peu couvertes l'augmentation de l'offre de reconstruction mammaire sans dépassement d'honoraires. Le Plan doit permettre, d'ici 2020, à toutes les ARS d'organiser un accès à une offre à tarif opposable dans le champ de la reconstruction mammaire.

Action 9.11 : Accroître la prise en charge des prothèses externes (capillaires et mammaires).

Les tarifs des prothèses capillaires sont majoritairement supérieurs au montant du remboursement par l'Assurance maladie obligatoire. Il est nécessaire de revaloriser le tarif de remboursement afin de réduire le reste à charge pour les personnes atteintes de cancer. De même, le reste à charge supporté par les femmes pour les prothèses mammaires externes doit être réduit.

- Doubler le tarif de remboursement par l'Assurance maladie obligatoire des prothèses capillaires.

- Réduire le reste à charge supporté par les malades pour les prothèses mammaires externes.

Leur inscription par le CEPS en « nom de marque » (c'est-à-dire identifiant chaque prothèse par une description technique, un code d'identification et un nom de marque ad hoc au lieu d'un tarif unique pour l'ensemble d'entre elles), devrait permettre d'adapter le tarif de chaque prothèse et d'appliquer à ces produits un prix limite de vente proportionnel à leur qualité.

Action 9.12 : Objectiver les restes à charge des personnes atteintes de cancer.

- Mobiliser l'observatoire sur les pratiques tarifaires, mis en place par l'avenant n°8 à la convention médicale, pour analyser les dépassements d'honoraires dans le champ du cancer. L'avenant n°8 à la convention médicale vise à sanctionner les dépassements abusifs, à élargir la prise en charge à tarif opposable aux bénéficiaires de l'aide à la complémentaire santé et à réduire les restes à charge dans le cadre du contrat d'accès aux soins. L'information sur les médecins ayant signé un contrat d'accès aux soins et sur les tarifs pratiqués par chacun sera disponible pour tous les assurés sur le site Ameli.fr. L'observatoire permettra à l'État, en lien avec les partenaires conventionnels, d'évaluer l'enjeu éventuel de mesures complémentaires permettant de garantir aux patients la réduction de leur reste à charge.

- Soutenir des études économétriques sur les restes à charge des personnes atteintes de cancer.

Améliorer l'accès aux assurances et au crédit

Les personnes ayant ou ayant eu un problème grave de santé, notamment un cancer, sont confrontées à des difficultés d'accès à l'assurance et à l'emprunt. Ainsi en 2012, 32 % des personnes en ALD ont été confrontées au refus d'assurance pour raisons de santé, 35 % ont reçu une proposition d'assurance avec exclusion de certaines garanties et 28 % avec une surprime (Baromètre des droits des malades, CISS). La convention AERAS (s'Assurer et Emprunter avec un Risque Aggravé de Santé), signée entre l'État, les fédérations professionnelles des secteurs de la banque et de l'assurance et les associations de consommateurs ou de personnes présentant un risque de santé aggravé, a pour objet d'élargir l'accès à l'assurance et à l'emprunt. Elle vise notamment à limiter les exclusions et à réduire les surprimes, tout en simplifiant les démarches et en améliorant l'information des personnes concernées. L'enjeu est également de faire évoluer l'appréciation du risque par les assureurs pour les personnes ayant été atteintes d'un cancer.

Action 9.13 : Instaurer un « droit à l'oubli ».

- Étudier entre les différentes parties à la convention AERAS, les conditions permettant, dans l'année 2015, l'instauration d'un « droit à l'oubli », c'est-à-dire un délai au-delà duquel les demandeurs d'assurance ayant eu un antécédent de cancer n'auront plus à le déclarer. Ceci concerne en priorité les cancers pédiatriques et avant la fin de l'année 2015 les autres cancers. L'INCa proposera les cancers auxquels la convention devra appliquer cette mesure, sur la base des délais de récidives, des probabilités de survie avec ou sans incapacité et de guérison. À défaut de règlement dans un cadre conventionnel avant la fin de l'année 2015, la mise en œuvre de ces dispositions sera organisée par voie législative.

- Soutenir des études sur les modèles de guérison et les probabilités de survie par types de cancer afin de faire évoluer l'appréciation du risque par les assureurs.

- Mettre à la disposition des assureurs les résultats des études pour faire évoluer les éléments d'appréciation du risque.

Action 9.14 : Harmoniser les questionnaires de santé par pathologie.

- Lancer une mission pour harmoniser les questionnaires détaillés par pathologie et lever les obstacles à leur mise en œuvre.

Action 9.15 : Clarifier le rôle des médecins traitants et développer l'accompagnement des candidats à l'emprunt pour le remplissage des questionnaires de santé.

- Élaborer une charte de bonnes pratiques définissant le rôle du médecin traitant et les différents principes dans le cadre desquels ce rôle doit s'effectuer (respect du secret médical, signature du questionnaire par le candidat à l'emprunt, etc.). L'opportunité de rémunérer ou non le médecin traitant pour le temps de travail accordé à cet accompagnement sera expertisée.

- Promouvoir ces règles auprès des acteurs concernés à travers des actions d'information et de sensibilisation (médecins, organismes prêteurs et assureurs, candidats à l'emprunt ayant ou ayant eu un cancer).

Action 9.16 : Suivre l'évolution de l'impact de la convention AERAS sur la durée du Plan.

- Apprécier la notoriété de la convention et le recours au dispositif : au travers du suivi de l'évolution du nombre de demandes de prêts présentant un risque aggravé de santé.

- Apprécier l'évolution des décisions des assureurs concernant les surprimes : au travers du suivi de la tendance des niveaux de surprimes imputées aux garanties proposées par les assureurs aux demandes des candidats à l'emprunt présentant un risque aggravé de santé.

Mieux connaître le vécu des patients pendant et après un cancer

Mieux comprendre les difficultés que rencontrent les personnes atteintes d'un cancer dans leur vie quotidienne pendant et après la maladie est un enjeu majeur pour éclairer les décideurs et les acteurs afin d'en atténuer les effets et réduire les inégalités sociales qui en résultent.

La connaissance et la compréhension des conséquences sociales du cancer et du retentissement sur la vie des personnes touchées et de leurs proches s'appuient sur des sources multiples dans le champ de l'observation et de la recherche (observatoires, baromètres, études, cohortes…). Les dispositifs d'observation et de recherche spécifiques au cancer seront consolidés et coordonnés. Les bases de données publiques et les grandes cohortes en population devront être utilisées afin de mieux appréhender les trajectoires des personnes atteintes et les inégalités sociales face au cancer. La recherche en sciences humaines et sociales et en santé publique sera encouragée et soutenue pour développer les connaissances sur la qualité de vie des patients, le retentissement psychosocial et les répercussions de la maladie, plusieurs années après le diagnostic initial.

Action 9.17 : Conforter et coordonner les dispositifs d'observation et de recherche sur la vie pendant et après le cancer.

Les dispositifs d'observation et de recherche existants sur la vie pendant et après le cancer seront confortés afin de se donner les moyens d'analyser les évolutions constatées au cours des Plans cancer. Ils devront être mieux coordonnés pour veiller à la complémentarité des approches.

- Soutenir des projets de recherche en sciences humaines et sociales et en santé publique exploitant les données recueillies dans le cadre des enquêtes sur la vie deux ans après un diagnostic du cancer.
- Renouveler l'enquête sur la vie deux ans après un diagnostic du cancer et l'étendre sur une durée de 5 ans afin de prendre davantage de recul par rapport au diagnostic.
- Développer les études sur les conséquences du cancer pour les personnes atteintes et leurs proches (conséquences psychologiques, économiques, sociales et éthiques), notamment dans le cadre de l'Observatoire sociétal du cancer, sous l'égide de la Ligue nationale contre le cancer et des appels à projets conduits par les institutions de recherche.
- Renouveler le baromètre cancer sur les comportements, les attitudes et l'opinion de la population vis-à-vis des cancers.

Action 9.18 : Étudier les trajectoires des personnes atteintes de cancer à travers les bases de données publiques et les cohortes en population.

- Encourager et soutenir les études et les recherches sur les trajectoires des personnes atteintes, qui intègrent des données cliniques, biologiques, environnementales, comportementales et socioéconomiques.
- Introduire, ponctuellement ou de façon répétée, un module « cancer » dans des enquêtes transversales répétées, des enquêtes longitudinales ou des cohortes existantes ou en cours de réalisation (Baromètre santé, enquêtes Handicap Santé, cohorte CONSTANCES, SHARE…).
- Développer l'utilisation des données socioéconomiques (CNAV) et sociodémographiques (Insee, échantillon démographique permanent) qui permettent une approche fine et détaillée sur la situation familiale, la profession, le logement, le niveau d'éducation, les revenus, etc. (voir Action 15.1).

investir dans la prévention et la recherche

Le nombre de cancers que nous observerons dans vingt ans se décide dès aujourd'hui à travers les choix individuels qu'il faut guider, les actions collectives de protection des Français qu'il faut entreprendre et les avancées de la recherche.

Chaque année, 44 000 décès par cancers sont liés au tabac, 15 000 à l'alcool, 2 300 au surpoids et à l'obésité, 1 000 à l'exposition solaire et 700 à l'infection par papillomavirus. Partant de ces principaux facteurs de risques reconnus, ce sont près de 40 % des décès par cancer qui seraient évitables.

Le Plan a pour objectif de réduire de moitié le nombre de décès par cancer liés à ces facteurs de risque évitables d'ici vingt ans. Il choisit de faire porter l'effort sur la prévention en cohérence avec la Stratégie nationale de santé, et mise sur une véritable mobilisation collective en faveur de la santé de la population actuelle et de celle des générations futures.

Le Plan cherche en premier lieu à marquer un pas décisif dans la lutte contre les cancers liés au tabac. Pour cela, le Programme national de réduction du tabagisme a été lancé le 25 septembre 2014 avec deux priorités de santé affichées : éviter l'entrée dans le tabagisme, en priorité chez les jeunes, et favoriser l'arrêt du tabac pour tous. La réduction de la consommation d'alcool, la promotion de l'alimentation équilibrée et de l'activité physique font également partie des volontés et actions fortes de ce Plan.

Malgré le recul enregistré au cours de la dernière décennie, l'exposition sur le lieu de travail à au moins une substance cancérogène concerne encore plus de deux millions de salariés. La substitution de ces substances et la traçabilité des expositions sont des objectifs majeurs.

Plus globalement, l'amélioration des connaissances et la clarification des messages sur les risques de cancers liés au travail ou à l'environnement imposent un renforcement de l'observation et de la recherche.

Pour conforter la prévention, mais aussi pour bâtir le soin de demain, la recherche sur le cancer est un enjeu central. La recherche fondamentale, source des grandes découvertes, doit être préservée. En parallèle, des approches innovantes, méthodologiques, multidisciplinaires, initiant des ruptures technologiques ou médicales doivent être favorisées pour répondre aux défis scientifiques qui se posent à nous dès aujourd'hui dans la connaissance de la maladie cancéreuse et son évolution.

OBJECTIF 10 : LE PROGRAMME NATIONAL DE RÉDUCTION DU TABAGISME

Le Programme national de réduction du tabagisme a été lancé le 25 septembre 2014 par Madame Marisol Touraine, ministre des Affaires sociales, de la Santé et des Droits des femmes.

Le tabac demeure la première cause de mortalité évitable en France. Il s'agit d'une épidémie durable et silencieuse, pourtant responsable de plus d'un décès sur huit en France. 73 000 décès par an sont liés au tabac (44 000 morts par cancer, 18 000 par maladies cardiovasculaires, 8 000 par maladies de l'appareil respiratoire, 3 000 par maladies infectieuses). Ces décès représentent 22% de la mortalité masculine et 5% de la mortalité féminine. Le tabac génère près de vingt fois la mortalité routière. Cela équivaut au crash quotidien d'un avion de ligne de 200 places.

Le tabac est le premier facteur de risque évitable de cancers en France. Il est responsable de près de 30 % des décès par cancer et à l'origine de près de 90 % des cancers du poumon, plus de 50 % des cancers des voies aérodigestives supérieures selon la localisation (bouche, larynx, pharynx, œsophage), 40 % des cancers de la vessie et 30 % des cancers du pancréas. Il est aussi impliqué dans les cancers des voies urinaires et du rein, du col de l'utérus, de l'estomac, de certaines leucémies, des cancers de l'ovaire, du côlon et du rectum et du sein.

En France, alors qu'auparavant elle diminuait, la part des fumeurs a augmenté entre 2005 et 2010. Ainsi, chez les personnes de 15 à 75 ans, la proportion de fumeurs quotidiens est passée de 27% à 29,1% entre 2005 et 2010. Chez les adolescents de 17 ans, elle est passée de 28,9% en 2008 à 31,5% en 2011.

Ces constats alarmants ont conduit à l'élaboration d'un premier programme national de réduction du tabagisme visant un résultat et poursuivant une ambition. Le résultat visé est une réduction du nombre de fumeurs quotidiens d'au moins 10% entre 2014 et 2019, soit passer de 29,1% de fumeurs quotidiens à moins de 26,2%. Ensuite, il s'agira de passer sous la barre des 20% de fumeurs quotidiens d'ici à 2024. L'ambition que le PNRT poursuit est de n'être que la première étape d'un effort soutenu permettant que les enfants nés en 2014, qui auront dix-huit ans en 2032, soient la première génération « sans tabac », c'est-à-dire au sein de laquelle 95% des personnes soient non fumeuses.

Pour parvenir à l'objectif fixé (baisse de 10% du nombre de fumeurs d'ici à 2019), trois axes d'intervention ont été identifiés :

1. **Protéger les jeunes et éviter l'entrée dans le tabac,**
2. **Aider les fumeurs à s'arrêter,**
3. **Agir sur l'économie du tabac.**

Ce programme d'actions a été défini en concertation avec les parties prenantes avant l'été 2014. En tant que composante à la fois du Plan cancer et de la Stratégie nationale de santé, il a été piloté par le ministre en charge de la santé. Les actions sont inscrites dans le PLFSS 2015 et dans la loi de Santé publique.

Protéger les jeunes et éviter l'entrée dans le tabac

Le démarrage d'une consommation régulière de tabac est le fruit d'éléments sociaux (la famille, les pairs), environnementaux (offre et marketing des produits du tabac), individuels (psychologiques et physiologiques). La dépendance s'installe rapidement après le début de la consommation chez une majorité de fumeurs et ce, d'autant plus que celle-ci est précoce. Elle traduit l'installation de modifications profondes au cœur du système nerveux central et engendre un syndrome de sevrage désagréable en cas d'arrêt de la consommation.

En France, l'initiation au tabac a lieu en moyenne à 14 ans. À l'adolescence, la progression de l'expérimentation du tabac est rapide : plus de 25% des jeunes de 13 ans, 55% des jeunes de 15 ans et 63% des jeunes de 16 ans. Le tabac est le produit psychoactif le plus consommé quotidiennement à l'adolescence. En 2011, 23% des jeunes de 16 ans et 31,5% des jeunes de 17 ans étaient des fumeurs quotidiens. La France se situe parmi les pays qui comptent le plus de jeunes fumeurs. L'enquête Espad auprès d'adolescents scolarisés en 2011, situe la France (38%) très au dessus de la moyenne (28%) quant à la fréquence de fumeurs de 15/16 ans au cours des trente jours écoulés. Le Royaume-Uni (23%), l'Irlande (21%), la Norvège (14%) ou les États-Unis (12%) se situaient bien en deçà, soulignant l'importante marge de progression de notre pays.

Quatre fumeurs sur cinq ayant commencé à fumer avant 18 ans, la réduction de la prévalence du tabagisme en France passe nécessairement par la protection des jeunes vis-à-vis du tabac, de manière à éviter que ceux-ci s'engagent dans un tabagisme régulier. Cette protection est globale, elle passe autant par la débanalisation du tabac dans la société que par une diminution de l'accessibilité du tabac pour les mineurs ou encore par une éducation à la santé et une communication dédiée.

L'ambition du PNRT est que les enfants qui naissent en 2014 soient la première « génération sans tabac » une fois adultes, en 2032. Sa concrétisation contribuera à faire baisser de manière substantielle la part de fumeurs dans la population générale.

Pour ce faire, 4 leviers sont identifiés :

1. Rendre les produits du tabac moins attractifs
   - mettre en place le paquet neutre standardisé pour les cigarettes et le tabac à rouler ;
   - renouveler, agrandir et repositionner les avertissements sanitaires (65% de la surface, placés en haut, nouveaux textes et images) des conditionnements des cigarettes et de tabac à rouler, conformément à la directive 2014/40/UE ;
   - interdire la publicité pour le tabac dans les lieux de vente ;
   - interdire les arômes perceptibles dans les produits du tabac, conformément à la directive 2014/40/UE.

2. Renforcer le respect de l'interdiction de fumer dans les lieux collectifs et étendre les lieux où il est interdit de fumer
   - interdire de fumer dans un véhicule en présence de mineurs de moins de 12 ans ;
   - interdire de fumer dans les espaces publics de jeux dédiés aux enfants ;
   - habiliter les polices municipales à contrôler l'interdiction de fumer dans les lieux publics.
3. Encadrer les dispositifs électroniques de vapotage
   - interdire le vapotage dans certains lieux collectifs :
   - restreindre la publicité en faveur des dispositifs électroniques de vapotage : rappeler les modalités possibles de publicité dans une circulaire puis interdire la publicité pour ces produits et les liquides associés.
4. Améliorer le respect de l'interdiction de vente aux mineurs
   - habiliter les polices municipales à contrôler l'interdiction de vente aux mineurs.

Aider les fumeurs à s'arrêter

En France, 13,4 millions de personnes fument quotidiennement. Ce chiffre est considérable et inquiétant compte tenu de l'impact délétère largement établi du tabac pour la santé : augmentation des risques de cancers, de maladies cardiovasculaires, de maladies respiratoires, de complications pendant la grossesse et chez le fœtus, aggravation de nombreuses maladies chroniques. D'autres effets négatifs sont peut-être moins identifiés par le public voire par les professionnels, comme la moins bonne efficacité de certains traitements associée au tabagisme (chimiothérapies, antipsychotiques) ou encore l'augmentation des effets secondaires lors de certains soins (complications péri-opératoires, etc.).

Le tabagisme n'est pourtant pas une fatalité. Environ 31 % des 15-75 ans sont des ex-fumeurs. L'envie d'arrêter de fumer est très présente parmi les fumeurs. 70 % des fumeurs réguliers ont déjà arrêté volontairement pendant au moins une semaine. Près de 60 % des fumeurs actuels déclarent souhaiter arrêter de fumer. Mais la moitié des fumeurs présente aussi une dépendance au tabac, venant compliquer leur parcours d'arrêt. En témoigne le faible taux d'arrêt spontané dans les 6 à 12 mois, de l'ordre de 3 à 5 %. Le tabac est un produit redoutable par sa capacité à rendre ceux qui le consomment rapidement dépendants. Les études montrent que le tabac a le potentiel addictif le plus fort parmi l'ensemble des substances psychoactives, devant l'héroïne, l'alcool et la cocaïne.

C'est pourquoi les fumeurs doivent se voir proposer une aide. Être aidé par un professionnel formé augmente les chances de réussite d'arrêt. Les données de la littérature montrent que le conseil d'arrêt par un professionnel, quel que soit le type de professionnel, augmente la probabilité d'arrêt du tabac à 6 mois de 50 %.

Il n'y a pas un fumeur mais des fumeurs, tous différents, que ce soit par l'âge, le sexe, le niveau d'éducation et socio-économique, le mode et les conditions de vie, l'histoire de leur tabagisme, le niveau de dépendance au tabac, la consommation parfois associée d'autres produits psycho-actifs (alcool, cannabis, etc.), la présence pour certains de maladies associées.

Les données attestent d'un creusement des inégalités sociales en matière de tabagisme qui doivent donc faire l'objet d'une prise en compte particulière et constante. Les fumeurs issus des catégories les moins favorisées souhaitent tout

autant que les autres arrêter de fumer, mais sont beaucoup moins nombreux à y parvenir. Ainsi entre 2005 et 2010, 10 % des ouvriers ont arrêté de fumer contre 24 % des cadres supérieurs. Les réponses offertes aux fumeurs doivent être diverses, adaptées à leurs besoins et proposées lors de chaque contact avec le système de santé (professionnels de santé en ville, hôpital, maternité, pharmacie, médecine du travail, santé scolaire et universitaire, unités sanitaires dédiées à la prise en charge des personnes sous main de justice, etc.).

Le dispositif actuel d'aide à l'arrêt du tabac, malgré des améliorations au fil des ans, comprenant notamment un réseau de professionnels de santé et de tabacologues, un remboursement forfaitaire des substituts nicotiniques[2], des services d'aide à distance et en ligne[3], ou encore des campagnes de prévention et de communication, s'avère encore insuffisant et doit être renforcé.

Les évolutions de l'organisation du système de santé, que la stratégie nationale de santé (SNS) va conforter, ouvrent des perspectives dont il faut se saisir pour renouveler l'aide aux fumeurs : nouveaux modes d'exercice, coopérations entre professionnels, transferts de compétences, nouveaux métiers, etc. L'expérience de pays ayant de bons résultats en matière de réduction du tabagisme montre également l'intérêt de s'appuyer sur des professionnels qui ne sont pas forcément issus du champ de la santé, mais peuvent jouer un rôle efficace sous réserve d'être formés.

La prise en compte de la cigarette électronique dans le cadre du PNRT est indispensable. Parmi les 1,2 à 1,5 millions de personnes qui utilisent la cigarette électronique de manière quotidienne en 2014, la majorité sont des fumeurs ou des ex-fumeurs. Leurs principales motivations sont une diminution du risque pour leur santé et leur dépendance à la nicotine. La cigarette électronique présente vraisemblablement un intérêt pour les fumeurs dépendants à qui elle permet de consommer de la nicotine, substance principalement responsable de leur addiction au tabac, sans inhaler les principaux toxiques de la fumée de tabac que sont les goudrons cancérigènes, et le monoxyde de carbone à l'origine des effets nocifs sur le plan cardiovasculaire. Les études restent cependant insuffisantes à ce jour pour conclure avec certitude. Le fait que de nombreux fumeurs se tournent vers la cigarette électronique témoigne d'une motivation pour arrêter le tabac et probablement aussi d'un souhait pour certains de trouver une solution ne passant pas par le système de soins. En effet, les fumeurs se considèrent rarement comme malades. Néanmoins, il apparait que les utilisateurs quotidiens sont nombreux à alterner cette consommation avec celle de tabac. Cet usage double réduit les bénéfices pour l'usager en maintenant une exposition à la fumée. L'ampleur du phénomène impose de continuer à développer dans les années à venir l'observation et la surveillance des pratiques d'usage de la cigarette électronique, afin de suivre les niveaux et les modes de consommation de ces produits récents qui soulèvent de nombreux questionnements. Soutenir la recherche concernant ces dispositifs est indispensable, afin d'être mesure de situer leur place dans l'aide à l'arrêt et la réduction des risques liés au tabac.

[2] Sur la base d'une prescription par un médecin ou d'une sage-femme », depuis février 2007, à hauteur de 50 euros par an et par assuré ; en 2011, le montant a été augmenté à 150 euros par an pour les femmes enceintes.

[3] Notamment « Tabac Info Service » (TIS), dispositif téléphonique et internet d'information, de conseil et d'aide à l'arrêt du tabac.

Le PNRT a pour ambition de renforcer et renouveler notre dispositif d'aide à l'arrêt du tabac et d'enrichir la palette des aides offertes aux fumeurs, en rénovant la formation des professionnels et les outils mis à leur disposition, notamment en utilisant mieux les possibilités offertes par les nouvelles technologies, en élargissant l'éventail des professionnels s'impliquant dans l'aide à l'arrêt du tabac, en innovant et en expérimentant de nouvelles modalités d'aide à l'arrêt, en encourageant les recherches sur les nouveaux outils prometteurs, dont la cigarette électronique.

4 leviers sont identifiés :

1. Développer une information plus efficace en direction des fumeurs
   - montrer les méfaits du tabac par une augmentation de la communication en direction des fumeurs ;
   - mettre en place un pictogramme « grossesse sans tabac » sur les contenants de produits du tabac ;
   - promouvoir auprès des professionnels et du grand public le numéro d'appel unique « 39 89 » et le site tabac-info-service ;
   - développer le «e-coaching » (outils réalisés en lien avec l'Institut national de prévention et d'éducation pour la santé et la caisse nationale d'Assurance maladie des travailleurs salariés).
2. Impliquer davantage les professionnels de santé et mobiliser les acteurs de proximité dans l'aide à l'arrêt du tabac
   - impliquer davantage les médecins généralistes dans la lutte contre le tabagisme, en incluant un indicateur dédié dans la rémunération sur objectif de santé publique ;
   - développer une offre de proximité gratuite d'accompagnement à l'arrêt du tabac par la mobilisation des 430 centres de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie (CSAPA), de leurs 250 consultations jeunes consommateurs (CJC) et des 112 centres d'examen de santé de l'Assurance maladie ;
3. Améliorer l'accès aux traitements d'aide au sevrage du tabac
   - améliorer le remboursement du sevrage du tabagique par le triplement du montant du forfait pour les publics prioritaires : jeunes de 20 à 30 ans, bénéficiaires de la CMU-C, personnes souffrant d'un cancer ;
   - élargir l'éventail des professionnels pouvant intervenir dans la prise en charge de l'arrêt du tabac : médecins des services de prévention (santé au travail, etc.), infirmiers, sages femmes (autorisation pour les sages femmes de prescrire des substituts nicotiniques à l'entourage fumeur de femmes enceintes).
4. Rendre exemplaires les ministères sociaux, notamment le ministère des affaires sociales, de la santé et des droits des femmes
   - aménager les espaces fumeurs du ministère de manière à valoriser les espaces non fumeurs ;
   - développer l'aide au sevrage du tabac des personnels du ministère.

Agir sur l'économie du tabac

Le tabac coûte à la France beaucoup plus qu'il ne rapporte. Son coût social est estimé à 47 milliards d'euros dont au moins 18 milliards pour les seuls coûts de santé[4]. Ainsi, on peut estimer que même en prenant en compte le produit des taxes, le tabac coûte à notre société plus de 400 euros par an et par Français.

Des prix élevés sont un moyen efficace de lutter contre le tabac. Cependant, pour être efficace, cette politique doit s'accompagner d'une lutte contre le commerce illicite de tabac et d'une limitation des achats transfrontaliers. Il s'agit d'éviter que les consommateurs de ces produits ne se tournent vers le marché parallèle, les marchés étrangers ou la vente sur internet, neutralisant ainsi la politique de prix élevée menée en France depuis plusieurs années pour diminuer l'accessibilité du tabac.

Malgré le modèle que constitue la législation française sur la publicité, l'industrie du tabac continue à opérer un travail de promotion directe (publicité sur le lieu de vente, packaging des produits) et indirecte (placement de produit, financement d'activités culturelles, etc.) de ses produits. Il s'agit d'actions qui visent à donner à la consommation de tabac une image de « banalité », préparant les nouvelles générations à devenir consommatrices. Il convient donc de lutter contre ces stratégies d'influence et de promotion des produits.

Enfin, comme l'a constaté la Cour des comptes en 2012, la lutte contre le tabac dispose de moyens très insuffisants (environ 8 centimes d'euro par an par habitant pour les campagnes de prévention). Alors qu'elle induit des coûts sociaux majeurs, l'industrie du tabac reste l'un des secteurs les plus profitables. Par conséquent, le gouvernement travaillera à accroître les moyens dédiés à la lutte contre le tabac en faisant notamment contribuer financièrement ce secteur.

Ainsi, 3 leviers ont été identifiés pour agir efficacement sur l'économie du tabac :

1. Lutter contre le commerce illicite pour rendre plus efficace une politique fiscale du tabac au service de la santé publique
   - élaborer un plan interministériel de lutte contre le commerce illicite de tabac.
2. Lutter contre l'ingérence de l'industrie du tabac dans les politiques publiques
   - étudier la mise en place d'un site dédié à la transparence des activités de l'industrie du tabac sur le modèle de celui conçu pour l'industrie pharmaceutique.
3. Accroître les moyens dédiés à la lutte contre le tabac
   - créer un fonds dédié à la lutte contre le tabac et accroître les moyens dédiés à cette lutte ;
   - mettre à contribution l'industrie du tabac pour financer ce fonds.

Avec la création d'un fonds dédié à la lutte contre le tabac, il s'agit pour le gouvernement de mieux financer les actions de lutte contre le tabagisme prévues par le PNRT.

Le Programme national de réduction du tabagisme 2014-2019 est présenté dans sa totalité en annexe.

[4] Le coût social des drogues en 2003, Pierre Kopp et Philippe Fenoglio, 2006.

OBJECTIF 11 : DONNER À CHACUN LES MOYENS DE RÉDUIRE SON RISQUE DE CANCER

L'activité physique régulière et la consommation de fruits et légumes réduisent le risque de cancers. À l'inverse, le surpoids et l'obésité, la consommation de boissons alcoolisées, de viande rouge, de charcuterie ou de sel l'augmentent. Les comportements en matière d'alimentation ou d'activité physique favorables à la santé sont souvent liés à des déterminants sociaux ou économiques et contribuent ainsi aux inégalités observées en France face au risque de cancer. Le Plan s'attaque à l'ensemble de ces facteurs de risque et permet à chacun de mieux faire les choix adéquats pour réduire son risque de cancer et améliorer sa santé.

Diminuer le nombre de cancers liés à l'alcool

L'alcool est la deuxième cause de cancers en France après le tabac. Il est responsable de 10 % des décès par cancer. L'alcool augmente le risque des cancers de la cavité buccale, du pharynx, de l'œsophage, du côlon et rectum, du foie, du larynx et du sein.

Action 11.1 : Améliorer le respect des mesures d'encadrement de l'offre.

- Appliquer l'interdiction de vente des boissons alcooliques aux mineurs.
- Améliorer le respect des restrictions de publicité et des modalités d'avertissements sanitaires s'appliquant aux boissons alcooliques et adapter les dispositions relatives à la publicité et à la promotion des boissons alcooliques pour renforcer la protection des mineurs (publicité sur internet et réseaux sociaux).

Action 11.2 : Aider les personnes à l'arrêt de la consommation excessive d'alcool.

- Élaborer de nouvelles recommandations de prise en charge de l'alcool par les professionnels de santé (en particulier les médecins généralistes) concernant le repérage précoce et l'intervention brève (RPIB).
- Former les professionnels de santé hospitaliers et libéraux, en particulier en cancérologie, dans les services d'urgences, en chirurgie et dans les maternités au repérage précoce d'un usage problématique d'alcool et aux interventions brèves et démarches de conseil, au cours de toute hospitalisation.
- Faciliter l'orientation vers des structures spécialisées : faire connaître aux professionnels et au public l'annuaire national des consultations et lieux de prise en charge en addictologie et alcoologie et le rendre accessible depuis Alcool-info-service.

- Améliorer les offres de service en ligne proposées par Alcool-info-service.

- Renforcer, dès l'entrée en détention, le repérage systématique et l'accompagnement des personnes ayant une consommation abusive ou une dépendance à un produit licite ou illicite, afin de proposer une prise en charge ad hoc.

Action 11.3 : Améliorer les connaissances sur les liens entre alcool et cancer.

- Mieux surveiller les conséquences de morbi-mortalité liées à la consommation de boissons alcooliques et améliorer la connaissance du lien alcool et cancers : influence du moment de consommation (pendant et en dehors des repas), influence de la durée et du mode de consommation (régulière ou hebdomadaire), réversibilité des effets après sevrage, lien entre cancer et « binge drinking », etc.

Action 11.4 : Expérimenter et conduire des actions de prévention de la consommation excessive d'alcool.

- Renforcer les actions d'information sur les risques sanitaires liés à l'alcool et sensibiliser sur le risque alcool et cancer en s'appuyant sur des campagnes médiatiques et des outils d'information plus ciblés vers les professionnels de santé et les relais institutionnels ou associatifs.

- Mettre en œuvre des actions de réduction des consommations d'alcool à risque, à partir des approches ayant démontré leur efficacité en France et au niveau international.

Réduire le risque de cancer par l'alimentation et l'activité physique

Le Plan national nutrition et santé et le Plan obésité, ainsi que le Programme national pour l'alimentation, comprennent déjà de nombreuses actions de lutte contre la surcharge pondérale, et en faveur de l'activité physique et d'une alimentation équilibrée. En articulation avec ces deux Plans et au regard du risque de cancer lié à ces comportements, le Plan cancer porte des actions notamment en direction des plus jeunes, des populations défavorisées et des patients atteints de cancer (voir le chapitre « Préserver la continuité et la qualité de vie »).

Action 11.5 : Faciliter les choix alimentaires favorables à la santé.

- Poursuivre le travail engagé dans le cadre de la charte signée avec le Conseil supérieur de l'audiovisuel (CSA) sur la publicité télévisée et renforcer le contrôle de la publicité d'autres médias, tels qu'internet afin d'adapter les messages aux publics ciblés en fonction de la plage horaire et de la qualité nutritionnelle des aliments.

- Développer des programmes et campagnes institutionnels de prévention selon un volume horaire minimal à des tarifs préférentiels ou gratuits.

Action 11.6 : Développer l'éducation et la promotion de la nutrition et de la pratique physique.

- Développer l'éducation sur ces sujets dès la maternelle et le primaire notamment pendant le temps périscolaire dans le cadre de la réforme sur les rythmes scolaires.
- Poursuivre des actions de communication nationales grand public et ciblées.
- Sensibiliser et former les professionnels de la santé, de l'éducation ou du champ social dont l'activité influence l'alimentation et l'activité physique de la population.

Action 11.7 : Faciliter pour tous et à tout âge la pratique de l'activité physique au quotidien.

- Développer l'offre de transports actifs, l'accessibilité des escaliers dans le bâti, les plans de mobilité d'entreprise.
- Inscrire dans la réglementation de l'urbanisme la prise en compte des mobilités.
- S'assurer que les offres d'activité physique et sportive sont accessibles à tous, particulièrement pour les publics les plus éloignés de la pratique.
- Faciliter l'accès aux équipements sportifs publics (par exemple, par l'augmentation de l'amplitude des horaires).

Maîtriser le risque de cancers liés aux hépatites virales

Le cancer du foie est diagnostiqué chez près de 9 000 nouveaux patients chaque année. Il est rarement accessible à un traitement curatif et la survie à 10 ans est estimée à 5 %. Plus de 30 % des cancers du foie seraient dus aux virus des hépatites B et C[5]. Pour les éviter, il est important de maintenir les efforts de prévention des infections B et C qui reposent sur la vaccination (hépatite B), le dépistage (hépatite B et C) et le traitement le plus précoce (hépatite C). Ces maladies concernant plus fréquemment des personnes en situation de précarité, des actions ciblées vers ces populations sont un levier de lutte contre les inégalités de santé. De plus, la surveillance de ces malades doit permettre une détection précoce des complications telles que la cirrhose et le carcinome hépatocellulaire.

Le Plan propose donc un renforcement des mesures de dépistage et de prise en charge des hépatites virales, en cohérence avec le Plan national de lutte contre hépatites et l'action conduite par l'ANRS.

[5] « Attribuable causes of cancer in France in the year 2000 », Circ, 2007

Action 11.8 : Améliorer la couverture vaccinale anti-VHB en informant la population et les professionnels de santé sur le ratio bénéfice/risque de la vaccination.

Il s'agit d'augmenter la couverture vaccinale contre l'hépatite B des adolescents et des adultes à risque élevé d'exposition.

- Informer la population sur le ratio bénéfice/risque de la vaccination et les professionnels de santé sur le nouveau calendrier vaccinal.
- Développer des actions de vaccination sur les lieux de vie ou de prévention (milieu scolaire, milieu universitaire, foyers de travailleurs, etc.).
- Faciliter pour les personnes exposées la connaissance de leur statut vis-à-vis de l'hépatite B par la mise en place d'un carnet de vaccination dématérialisé.

Action 11.9 : Sensibiliser les professionnels de santé à l'intérêt pour leurs patients infectés par le VHB ou le VHC de contrôler leur consommation d'alcool, de tabac et leur poids afin de réduire le risque de cancer du foie.

- Informer les professionnels de santé sur les facteurs de risque du cancer primitif du foie.
- Élaborer des outils d'information à remettre aux patients infectés par le VHB ou le VHC.

Action 11.10 : Développer le dépistage des personnes exposées au risque d'hépatite B et C pour favoriser l'accès à la prise en charge.

- Favoriser l'information des professionnels de santé sur les modalités de prescription et d'interprétation des tests et sur la prise en charge thérapeutique.
- Définir l'utilisation de tests rapides et fiables d'orientation diagnostique (TROD) dans une stratégie globale de dépistage et les mettre à disposition.
- Développer une offre de dépistage de proximité en allant vers les personnes les plus exposées et les plus éloignées des structures de soins.
- Assurer une prise en charge et un suivi en cas d'infection chronique pour détecter précocement la survenue d'une cirrhose ou d'un cancer du foie.

Éclairer les choix individuels et collectifs pour permettre d'adapter les comportements face au cancer

Les Français sont aujourd'hui exposés à de nombreux messages de prévention relayés dans les médias, sur internet, ou par la voix de certains professionnels de santé, qui font état d'une grande diversité de facteurs de risque de cancer potentiels. Ces informations issues de sources disparates et non décryptées créent de la confusion et aboutissent à une perte de repères qui favorise les attitudes de déni, l'inaction ou des stratégies individuelles de prévention fondées sur des idées fausses. Selon le Baromètre cancer 2010, un tiers des Français pensent qu'on ne peut rien faire pour éviter le cancer tandis que les études épidémiologiques montrent que 40 % des cancers résultent de l'exposition à des facteurs de risque évitables, liés à nos modes de vie et à nos comportements. La connaissance de ces facteurs et leur hiérarchisation constituent dès lors des repères importants, qui doivent guider les individus et la société dans leurs stratégies de prévention.

Action 11.11 : Développer l'éducation à la santé en milieu scolaire.

- Intégrer l'éducation à la prévention en santé, et plus spécifiquement vis-à-vis du cancer, aux enseignements de l'école maternelle à l'université, par le biais des programmes des élèves/étudiants et des programmes de formation des enseignants, et en lien avec le chantier sur l'éducation à la santé de la Stratégie nationale de santé.

Les thèmes suivants sont notamment à considérer : tabac, alcool, alimentation, activité physique, risques infectieux et vaccination (HPV), exposition aux UV, utilisation des téléphones. En ce qui concerne l'alimentation, la prévention des cancers devra s'inscrire dans le cadre plus large de l'alimentation dans toutes ses composantes y compris culturelles. Un axe spécifique est à intégrer pour la prévention des expositions aux cancérogènes professionnels lors des formations professionnelles (notamment des apprentis).

Action 11.12 : Éclairer les choix individuels en clarifiant la hiérarchie des facteurs de risque de cancers.

- Actualiser les connaissances sur les parts attribuables des différents facteurs de risque pour les cancers.
- Conduire et évaluer un programme d'information sur la prévention des cancers, visant notamment à donner des repères clairs sur la hiérarchie des facteurs de risque.

Action 11.13 : Améliorer la connaissance des perceptions et des comportements vis-à-vis des facteurs de risque de cancers.

- Poursuivre la réalisation d'enquêtes régulières sur les connaissances, les attitudes, le comportement, et la perception des cancers et des facteurs de risques.

Action 11.14 : Faire de la recherche interventionnelle un véritable outil de prévention et de changement de comportements.

Largement pratiquée en Amérique du Nord (« evidence-based public-health »), la recherche interventionnelle reste sous-utilisée en France. Pourtant, elle constitue aujourd'hui l'approche la plus réaliste pour un changement durable des comportements face au cancer.

- Soutenir la recherche sur l'articulation entre savoirs fondamentaux et leviers d'action en matière de comportements face à la santé.
- Recenser les interventions comportementales pilotes en prévention primaire et en évaluer l'efficacité et les conditions de transférabilité.
- Faciliter la coopération entre chercheurs, décideurs et acteurs de terrain, afin de formuler des questions à la recherche au service de la pratique.
- Soutenir par appels à projets la recherche sur des outils innovants ou ciblant des thématiques émergentes, tels que l'usage des nouvelles technologies (internet, réseaux sociaux), le « nudging », le marketing social, les cigarettes électroniques, etc.

OBJECTIF 12 : PRÉVENIR LES CANCERS LIÉS AU TRAVAIL OU À L'ENVIRONNEMENT

Les cancers liés au travail sont souvent sous-estimés tant leur identification et leur reconnaissance comme conséquence d'une exposition professionnelle peuvent être complexes. Le Plan cancer porte la meilleure connaissance des situations à risque dans le milieu du travail, le renforcement de la protection et du suivi des travailleurs exposés aux agents cancérogènes, ainsi que la facilitation de la reconnaissance comme maladie professionnelle des cancers liés à leur activité.

Face à la multiplication des alertes concernant les risques environnementaux de cancer, liés à l'évolution de notre mode de vie et à la modification des expositions auxquelles nous sommes soumis, le Plan cancer se doit notamment de consolider les systèmes d'observation et de surveillance ou de développer de nouveaux outils. En articulation avec les plans nationaux Santé-environnement et Ecophyto, le renforcement des actions de recherche et de suivi prospectif est nécessaire pour mieux comprendre l'impact des expositions sur le long terme et permettre l'identification des actions de prévention à mettre en œuvre à titre individuel et surtout collectif.

Diminuer le nombre de cancers d'origine professionnelle

La part des cancers attribuable à des expositions professionnelles est estimée entre 4 à 8,5 %, ce qui représente en France entre 14 000 et 30 000 nouveaux cas par an (sur les 355 000 nouveaux cas de cancers estimés en 2012), dont la moitié correspond à des cancers à létalité élevée. Par ailleurs, en 2010, 2,2 millions de salariés ont été exposés à au moins un produit chimique cancérogène au cours de la semaine précédant l'enquête SUMER, ces expositions étant plus importantes pour les ouvriers surtout dans la construction et les activités de maintenance, y compris par la multi-exposition. Les expositions sont plus fréquentes chez les jeunes et chez les hommes.

Action 12.1 : Renforcer la prévention primaire en milieu de travail pour réduire l'exposition aux agents cancérogènes (biologiques, physiques, chimiques).

- Améliorer la démarche de substitution des agents cancérogènes, mutagènes ou toxiques pour la reproduction (CMR) dans les entreprises, en particulier dans les très petites, petites et moyennes entreprises.
- Renforcer les contrôles en entreprise concernant la réglementation relative aux CMR et la faire évoluer pour les risques émergents (rayonnements optiques artificiels, rayonnements ionisants…).

- Mobiliser tous les acteurs de la prévention, et notamment l'Anses, l'INRS, les caisses régionales retraite et santé au travail et les services de l'inspection du travail pour améliorer le dispositif d'ensemble en matière de substitution.

- Améliorer l'information des salariés, par la mobilisation notamment des caisses régionales retraite et santé au travail (CARSAT), et inscrire la prévention des cancers professionnels dans les contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens.

- Structurer une offre de formation à destination de l'ensemble des acteurs de la prévention, permettant d'assurer une meilleure prévention du risque cancérogène et une meilleure prise en charge des salariés exposés à un risque cancérogène, souffrant d'un cancer ou ayant repris une activité professionnelle à la suite d'un cancer.

- S'assurer dès 2015 que les 800 000 professionnels concernés par l'utilisation, la distribution, le conseil et la vente des produits phytopharmaceutiques détiennent le certificat individuel Certiphyto qui atteste de connaissances suffisantes pour utiliser ces produits en sécurité et réduire leur usage.

- Renforcer la formation à la prévention des risques de cancer en milieu professionnel au profit des jeunes, des femmes enceintes, des apprentis et des intérimaires.

Action 12.2 : Renforcer le suivi médical des personnes exposées à des risques de cancers professionnels.

Le renforcement de l'articulation entre médecin du travail et médecin traitant apparaît comme une condition importante de l'amélioration du suivi médical des salariés et est de nature à favoriser son maintien en emploi.

- Assurer un meilleur suivi des expositions professionnelles à travers les différents supports de traçabilité individuelle et collective existants.

- Élaborer des recommandations de bonnes pratiques pour le suivi médico-professionnel des travailleurs exposés aux CMR à l'attention notamment des médecins du travail.

- Sensibiliser les médecins traitants aux enjeux et aux risques liés aux expositions professionnelles ; renforcer les relations avec les médecins du travail via des expérimentations régionales ; expérimenter la communication systématique aux médecins traitants d'un compte rendu annuel des risques professionnels auxquels sont exposés leurs patients.

Action 12.3 : Améliorer l'identification des cancers d'origine professionnelle pour permettre leur reconnaissance en maladie professionnelle.

- Faciliter le recours à une expertise pour le diagnostic étiologique de pathologies d'origine professionnelle via les centres de consultations de pathologies professionnelles.

- Mieux informer les salariés ayant été exposés à des CMR sur leurs droits en matière de reconnaissance des maladies professionnelles, de suivi médical postexposition ou postprofessionnel.

Action 12.4 : Soutenir la surveillance épidémiologique et la recherche pour améliorer les connaissances sur les cancers professionnels.

L'amélioration de la connaissance concernant les cancers liés au travail se fera en confortant les systèmes de surveillance épidémiologique maintenant productifs et en développant des outils encore nécessaires pour la surveillance, la vigilance et l'alerte des cancers liés aux expositions professionnelles. Elle doit permettre d'orienter des projets de recherche en santé au travail et s'enrichira par le développement de réseaux de compétences en matière de cancers professionnels au niveau européen.

- Améliorer le signalement et la prise en charge des « clusters » (cas groupés) de cancers en lien avec le travail en s'appuyant sur un groupement d'alerte régional regroupant les acteurs locaux de la santé au travail.

- Améliorer la connaissance des cancers par profession et secteur d'activité en renforçant le circuit de signalement et d'exploitation des données du réseau national de vigilance et de prévention des pathologies professionnelles.

- Soutenir des projets de recherche en santé au travail notamment sur les multi-expositions. Mieux identifier le lien entre les expositions professionnelles et les risques de cancer par le suivi de cohortes et par la définition d'indicateurs de mortalité et morbidité par profession et secteur d'activité.

- Soutenir le dispositif national de surveillance épidémiologique des mésothéliomes et le développement des enquêtes d'exposition dans trois populations ciblées (hors plèvre, plèvre-femmes, plèvre-hommes) de patients atteints de mésothéliomes. Assurer le suivi du processus de reconnaissance médico-sociale dans ces populations.

- Renforcer la vigilance, la surveillance et la connaissance vis-à-vis du risque de cancers liés aux expositions émergentes, notamment chez les femmes enceintes afin d'orienter les actions de prévention des cancers en lien avec l'activité professionnelle.

- Étudier le risque de cancer lié à l'exposition aux pesticides en facilitant notamment l'accès aux données produites dans le cadre du Plan Ecophyto concernant l'utilisation, les conditions d'emploi et les risques des produits phytopharmaceutiques.

Mieux comprendre les liens entre cancers et environnement et protéger les populations des expositions à risque

La population générale est exposée, souvent à faibles voire très faibles doses, à de multiples agents chimiques et physiques présents dans l'environnement, par inhalation, contact cutané ou ingestion. Certains sont des agents cancérigènes avérés, il s'agit alors de mieux comprendre les expositions et d'identifier les actions de prévention à mettre en œuvre. D'autres sont classés comme cancérigènes possibles pour l'homme, il faut dans ces cas se donner les moyens d'apporter des réponses pour éclairer les choix individuels et surtout collectifs. Certaines de ces expositions se sont modifiées dans le temps en fonction de l'évolution de notre mode de vie et nécessitent donc d'être régulièrement réévaluées. Enfin, il est capital d'être en capacité d'identifier de nouveaux risques, notamment par le suivi prospectif de cohortes.

Action 12.5 : Développer l'observation et la surveillance et améliorer la connaissance concernant les cancers liés aux expositions environnementales en population générale.

- Intensifier la recherche portant sur les déterminants environnementaux des cancers, en toxicologie, épigénétique, épidémiologie moléculaire et analytique (appels à projets, grandes cohortes) pour améliorer les connaissances sur les facteurs de risque physiques et chimiques de cancer émergents ou potentiels (agents).

- Renforcer la surveillance des cancers en lien avéré ou suspecté avec les substances chimiques cancérogènes, intégrer la mesure de l'imprégnation dans les études du programme national de biosurveillance et mieux identifier des populations exposées.

- Surveiller les cancers sentinelles d'expositions environnementales ou survenant au sein de populations exposées à des risques environnementaux identifiés.

- Mieux analyser le risque de survenue de cancer du poumon en fonction des expositions chroniques à la pollution atmosphérique et notamment aux particules fines issues du diesel.

- Soutenir les programmes de substitution et de recherche pour diminuer l'exposition aux perturbateurs endocriniens et aux substances cancérigènes, en lien avec la stratégie nationale sur les perturbateurs endocriniens.

Action 12.6 : Réduire l'exposition de la population aux polluants atmosphériques aux valeurs limites européennes définies en 2010.

- Renforcer l'information du public sur les niveaux des émissions de particules fines notamment issues du diesel et de la pollution atmosphérique en général. Sensibiliser les citoyens et les élus sur les changements de comportements nécessaires pour réduire la pollution vis-à-vis des transports et du chauffage résidentiel.

Action 12.7 : Diminuer l'exposition de la population aux rayonnements ionisants à visée diagnostique.

- Développer un référentiel qualité dans le domaine de l'imagerie médicale.
- Développer la formation et les outils d'aide à la décision pour l'indication et le choix des examens d'imagerie en direction des prescripteurs d'examens.

Action 12.8 : Diminuer l'exposition aux rayonnements ultraviolets artificiels et naturels.

La surexposition aux rayonnements ultraviolets (UV) naturels et artificiels représente un facteur de risque majeur dans le développement des cancers de la peau et en particulier du mélanome cutané, dont l'incidence a connu la plus forte augmentation ces trente dernières années. La réduction des expositions aux UV et l'adoption de nouvelles habitudes de prévention représentent donc un enjeu important.

- Poursuivre les campagnes d'information à destination du grand public sur le risque des UV et les adapter aux habitudes d'exposition aux UV naturels et artificiels.
- Renforcer l'encadrement de la mise à disposition des appareils de bronzage. La réglementation sur les appareils de bronzage a été renforcée par le décret du 27 décembre 2013 qui durcit les conditions de contrôle des appareils, de formation des personnels et d'information des utilisateurs sur les risques sanitaires liés aux UV artificiels. Il est prévu dès 2014 et sur la durée du Plan de conduire les actions suivantes :
  - Examiner les conditions d'une interdiction de la vente aux particuliers.
  - Saisir la commission européenne pour prendre en compte les dernières données scientifiques disponibles et faire évoluer la législation européenne sur les cabines UV.
  - Évaluer d'ici 2018, l'application en France de la réglementation sur les appareils de bronzage et les conséquences de leur utilisation pour la santé.
- Mettre en place un dispositif de prévention à destination des professionnels plus exposés aux UV naturels (travaux agricoles, BTP…).
- Former à la prévention du risque solaire les animateurs et encadrants des activités parascolaires et sportives.

Action 12.9 : Sensibiliser le public sur la façon de réduire l'exposition aux substances classées cancérogènes possibles, notamment chez la femme enceinte et les enfants en bas âge (par exemple exposition aux pesticides et biocides à usage domestique).

OBJECTIF 13 : SE DONNER LES MOYENS D'UNE RECHERCHE INNOVANTE

Le Plan s'inscrit dans le défi santé/bien-être de l'Agenda stratégique pour la recherche, le transfert et l'innovation (France Europe 2020). Dans ce cadre, la contribution de l'alliance Aviesan a permis de fixer 10 priorités, qui sont entre autres, de promouvoir la multidisciplinarité, de renforcer la recherche technologique, de s'adapter aux données massives (« big data »), de stimuler la recherche translationnelle, de s'engager plus encore vers la médecine personnalisée et de mieux appréhender l'impact des comportements et de l'environnement sur notre santé. Ces priorités générales doivent s'accompagner d'une réflexion stratégique plus spécifique au cancer, et traiter tout à la fois de défis de santé publique, scientifiques et sociétaux. Les propositions du Plan tiennent compte des structurations existantes, des forces et faiblesses de la recherche française, et incitent à des évolutions pour maintenir sa compétitivité. Certains sujets comme la recherche clinique et translationnelle, le déploiement de la médecine personnalisée et la gestion des grandes données biologiques sont traités dans le chapitre « Guérir plus de personnes malades », car ils participent d'ores et déjà à notre façon d'appréhender les soins du futur.

Le Plan cancer souhaite, au-delà du soutien réaffirmé à la recherche fondamentale, indispensable au renouvellement des concepts et dont l'impact est imprévisible, privilégier cinq axes stratégiques articulés autour d'objectifs de santé des populations, visant à faire progresser nos connaissances sur la maladie cancéreuse, à développer la médecine personnalisée et à réduire les inégalités en santé. Ces axes seront investis grâce à des appels à projets récurrents étendus aux recherches et interventions en population.

Axe 1 : Identifier les populations les plus susceptibles d'être exposées au risque de cancer pour adapter et personnaliser les stratégies de prévention et de détection précoce.

Cette recherche s'appuie sur la génétique, l'épidémiologie notamment moléculaire et génétique permettant de mieux comprendre les interactions entre les individus et leur environnement, la recherche de biomarqueurs sensibles et spécifiques, la toxicologie, la recherche en sciences humaines et sociales pour la compréhension des addictions et des comportements.

Axe 2 : Aboutir à l'échéance du Plan à une nouvelle définition des maladies cancéreuses.

Cette recherche doit permettre le développement de nouveaux traitements ainsi que l'identification de marqueurs de diagnostic et d'évolution des différents cancers.

Axe 3 : Modéliser les grands processus tumoraux pour mieux comprendre les cancers et mieux prendre en charge les patients.

Les grands processus tumoraux, de l'initiation des cancers au développement des métastases et à la résistance thérapeutique, peuvent être compris par l'intégration des données scientifiques et cliniques et par la modélisation mathématique et physique. Cette modélisation est encore peu développée en France. L'intégration des données du cancer doit être mise en perspective avec les données issues des travaux et programmes portant sur le métabolisme, les infections, l'inflammation et l'immunité et ce, à l'échelle européenne et internationale. Plus globalement, il s'agit de susciter de nouveaux regards sur les cancers en confrontant des disciplines diverses, en particulier les mathématiques, la physique, les sciences de l'ingénieur, la biologie, la médecine, les sciences humaines et sociales et en développant l'approche de la biologie systémique.

Axe 4 : Mieux comprendre l'échappement tumoral et les relations hôte-tumeur.

L'essor ces dernières années des thérapies ciblant des anomalies spécifiques de la cellule tumorale ou son environnement a permis l'émergence d'une nouvelle gamme thérapeutique. Les résultats cliniques ont mis en évidence que les patients n'exprimant pas l'anomalie moléculaire ciblée sont d'emblée résistants et que chez les patients ayant une tumeur sensible, le développement de résistances secondaires est fréquent. Identifier et contourner ces résistances sont des problématiques récurrentes, qui nécessitent les contributions de la biologie fondamentale, de la pharmacochimie et de la recherche clinique. L'immunothérapie est dans ce contexte un champ à développer.

Axe 5 : Lutter contre les inégalités de santé face au cancer.

La France est un des pays d'Europe où les inégalités de santé face au cancer liées au statut social sont les plus marquées. Elles sont pour une grande part associées à un échec de la prévention, une faible adhésion au dépistage et à un diagnostic tardif. Les recherches portant sur la prévention, la précarité induite ou aggravée par la maladie, l'intégration professionnelle et la vie pendant et après le cancer correspondent à des besoins sociétaux majeurs.

La recherche française sur le cancer est la troisième en Europe. Cette visibilité scientifique doit s'accroître à l'horizon du Plan au regard des moyens qui lui seront apportés ; elle doit également être bien comprise par nos concitoyens grâce à une information rigoureuse et un partage des avancées scientifiques avec le grand public.

S’appuyer sur une recherche fondamentale compétitive

La recherche fondamentale en cancérologie est le socle des innovations diagnostiques et thérapeutiques. La valorisation de ces innovations a de plus un impact économique. Le Plan cancer doit maintenir un haut niveau de créativité et de compétitivité internationale de la recherche française. Elle repose sur des organisations mises en place devant être confortées.

Action 13.1 : Garantir l’indépendance et la créativité de la recherche en assurant un taux de financement pour la recherche fondamentale sur le cancer supérieur à 50 % des crédits de l’ensemble des appels à projets de l’INCa et de l’Aviesan cancer.

Ces financements non fléchés devront toutefois gagner en efficience, favoriser des synergies entre les acteurs de la recherche et répondre aux priorités de l’Agenda stratégique de la recherche « France-Europe 2020 ». Il conviendra plus particulièrement de :

- Considérer des financements sur des périodes longues, allant jusqu’à six années effectives des projets, en particulier pour les jeunes équipes engagées dans des programmes à fort potentiel d’innovation.
- Favoriser au sein des appels à projets la dynamique interdisciplinaire (biologie, mathématiques, bioinformatique, physique, chimie et sciences humaines et sociales).
- Avancer vers la coordination et l’homogénéité des appels à projets et des financements entre associations, fondations, INCa et Aviesan (calendrier, format des candidatures, complémentarité des actions et budgets…).
- Mobiliser les agences et EPST pour s’assurer de la complémentarité des investissements dans les équipements des structures de recherche en cancérologie

Action 13.2 : Soutenir le continuum entre une recherche fondamentale d’excellence et la recherche clinique dans les sites de recherche intégrée sur le cancer (SIRIC).

- Conforter l’interdisciplinarité et le continuum indispensable entre recherche fondamentale, recherche translationnelle et recherche clinique, en poursuivant la dynamique engagée par les SIRIC. Les sites labellisés devront être régulièrement évalués, et notamment à l’occasion d’un nouvel appel à candidatures à l’issue des cinq années d’existence des 8 SIRIC.

Promouvoir des parcours professionnels en appui des évolutions de la recherche en cancérologie

Les évolutions de la recherche biomédicale impliquent des adaptations des différents parcours professionnels pour être en capacité d'accompagner les innovations. Ces évolutions devront en particulier veiller au décloisonnement entre science et médecine, biologie et autres disciplines, favoriser des doubles formations, et rendre ces formations originales attractives pour les étudiants.

Action 13.3 : Faire évoluer les formations initiales pour répondre aux besoins de la recherche en cancérologie.

- Mettre en place des parcours dédiés au sein des masters de biologie/santé visant à renforcer les programmes dans le domaine des statistiques, de l'épidémiologie, du traitement des images et des données biomédicales. Dans le cadre d'appels à projets, attribuer des aides spécifiques aux universités s'engageant dans la mise en place de ces parcours.

- Encourager les universités à flécher des contrats doctoraux au sein des écoles doctorales de biologie/santé pour des ingénieurs ou des titulaires de masters de mathématiques/informatique/physique afin de former des docteurs compétents dans le champ de la bioinformatique, des biostatistiques, du traitement d'images et des données biomédicales…

- Favoriser les doubles formations telles que par exemple statistiques et formations en santé.

Action 13.4 : Renforcer l'attractivité des métiers de la recherche en lien avec la cancérologie.

- Réserver pendant une durée expérimentale des quotas de postes de chercheurs, des chaires d'excellence et des contrats ATIP Avenir (dédiés) dans le domaine de la bioinformatique.

- Recommander la création d'une commission scientifique spécialisée de recherche translationnelle dans les EPST, notamment à l'Inserm. Ce type de recherche est encore insuffisamment valorisé par les EPST, ainsi que la carrière des chercheurs qui décident de s'y consacrer.

Partager et valoriser les résultats de la recherche sur le cancer

Action 13.5 : Partager les informations et les données aux niveaux national et international entre professionnels et avec le grand public.

- S'intégrer dans une démarche nationale et internationale de mise à disposition des données brutes de la recherche, incluant celles de la recherche académique et de la recherche industrielle. Cette démarche est à poursuivre dans le cadre européen et dans le cadre de l'Alliance mondiale (Global Alliance).
- Inciter les chercheurs à faire part des résultats de leurs recherches dans des revues d'accès gratuit.
- Renforcer l'information des patients et des usagers sur la recherche dans le domaine du cancer et favoriser leur participation aux instances de gouvernance de la recherche (voir chapitre « Faire vivre la démocratie sanitaire »).

Optimiser le pilotage et les organisations

Les cancers mettent sous tension notre système de santé, notre système de solidarité et stimulent notre recherche. C'est dans cet esprit qu'une attention particulière sera portée à l'efficience des actions proposées afin de garantir la soutenabilité globale du Plan. Il s'agit d'un prérequis pour pouvoir garantir l'accès à tous aux meilleurs soins et en particulier à l'innovation. Dans le même souci d'efficience, le Plan cancer réaffirme la nécessaire implication des patients et usagers à la définition et à la mise en œuvre de la politique de lutte contre les cancers, redéfinit les organisations actuelles et clarifie les rôles des acteurs nationaux et régionaux dans le pilotage et la mise en œuvre de la lutte contre le cancer.

OBJECTIF 14 : FAIRE VIVRE LA DÉMOCRATIE SANITAIRE

Que ce soit dans les domaines de la prévention, du dépistage, des soins ou de la recherche, le Plan cancer a pour objectif de renforcer les capacités de chaque individu, qu'il soit malade ou non, à se déterminer de façon autonome sur les questions liées à la maladie et, plus largement, à sa santé. Ainsi, différentes actions du Plan visent à donner à chacun les moyens de réduire son risque de développer un cancer, de faire des choix éclairés en termes de dépistage, ou encore de permettre aux personnes malades de participer pleinement aux décisions qui les concernent et à leur prise en charge.

Dans le domaine des soins en particulier, cette volonté réaffirmée se traduit par la formation des professionnels à l'écoute et à l'échange avec les patients et leur entourage, et par la formalisation de ces échanges à travers les programmes personnalisés de soins et de l'après-cancer, par le partage d'une information accessible à tous, par des mesures organisationnelles garantissant un parcours de santé adapté à la personne. L'implication et l'autonomie des patients dans leur prise en charge pourront également être accrues grâce à l'apport de l'expérience de pairs (« patient ressource »), ou encore par le développement de programmes d'éducation thérapeutique co-construits avec les représentants de leurs bénéficiaires.

En regard et en complément de ces mesures visant à répondre aux attentes et aux besoins individuels, l'amélioration de la qualité du système de santé nécessite également le renforcement des droits collectifs et de l'implication des patients et des usagers, afin d'accroître la démocratie sanitaire dans le champ de la lutte contre les cancers. De façon connexe, le Plan cancer a également pour objectif de développer la participation des usagers aux réflexions sur les enjeux scientifiques, en favorisant les échanges entre les organismes de recherche, les chercheurs, et le grand public, afin de faire davantage participer les citoyens aux décisions sur la recherche scientifique.

Le Plan permet ainsi d'asseoir le principe de la généralisation de la place des usagers dans l'ensemble des structures dédiées à la lutte contre le cancer.

Associer les usagers à la définition et à la mise en œuvre de la politique de lutte contre les cancers

L'implication de représentants des usagers dans le fonctionnement de notre système de santé a été consacrée dans la loi du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé et développée par la loi du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires. Elle constitue l'un des grands axes de la Stratégie nationale de santé qui prévoit de nouvelles dispositions visant à renforcer la démocratie sanitaire dans le cadre de la prochaine loi de santé publique.

Au regard de ces dispositions législatives, de la volonté politique, mais aussi du nombre de personnes concernées et de l'impact social des pathologies cancéreuses, il s'agit de favoriser et d'accélérer le déploiement de la démocratie sanitaire, dans les instances de décision, de coordination et de mise en œuvre de la lutte contre les cancers, dans le champ des soins ou de la recherche, en tenant compte des acquis, mais aussi des difficultés rencontrées dans la dernière décennie, et en s'appuyant sur les moyens qui seront alloués dans le cadre de la Stratégie nationale de santé.

Action 14.1 : Généraliser pour le cancer la participation des usagers dans les instances de pilotage, de gestion ou de production de soins ou de recherche.

- Étendre la participation des usagers aux instances consultatives qui rendent des avis sur les actions de l'Institut national du cancer. La représentation des usagers est actuellement effective au sein du Conseil d'administration — le président du Comité des usagers et des professionnels de l'INCa y assistant avec voix consultative. Il convient de l'étendre au conseil scientifique et au comité de déontologie et d'éthique de l'INCa.

- Formaliser les échanges entre les représentants des usagers et les services hospitaliers et organismes territoriaux prenant en charge des patients atteints de cancer.

- Structurer l'implication des usagers dans les instances de programmation et de coordination de la recherche sur les cancers (INCa/ITMO Cancer, cancéropôles, intergroupes coopérateurs de recherche labellisés par l'INCa…) et leur contribution à la définition des orientations des programmes de recherche récurrents.

Action 14.2 : Identifier les expériences et les pratiques innovantes en termes de participation des usagers et des personnes malades.

Il s'agira de repérer les expérimentations mises en œuvre dans les instances de pilotage et de coordination de la lutte contre les cancers (INCa, ARS, cancéropôles, réseaux, EPST…), ainsi que dans les organismes prenant en charge des patients atteints de cancer (fédérations hospitalières, établissements de santé…), en France, mais aussi à l'étranger. Ces expériences pourront avoir été développées dans le cadre législatif actuel (conférences régionales de santé, conseils d'administration, comités des relations avec les usagers…) ou à l'initiative des organismes concernés (comités et consultations ad hoc par exemple). Recenser et analyser les évaluations existantes.

Action 14.3 : Établir un bilan critique de ces expériences et formuler des objectifs et des recommandations pour le déploiement de la démocratie sanitaire dans les instances de pilotage et de coordination.

Ce bilan aura pour but d'alimenter la Stratégie nationale de santé et la loi de santé publique et de valoriser et diffuser les bonnes pratiques et facteurs de réussite, tant sur le plan des modalités de mise en œuvre, que sur celui du soutien et de la formation des représentants des usagers et des professionnels.

Action 14.4 : Évaluer de façon qualitative, au terme du Plan cancer, les dispositifs de démocratie sanitaire déployés.

Cette action a pour objectif de suivre la progression de la participation et de l'implication des usagers dans le pilotage et la mise en œuvre de la lutte contre les cancers, au plan national et régional.

Les actions visant à identifier et évaluer les expériences et dispositifs de démocratie sanitaire seront conduites en concertation avec les représentants des usagers et associations de malades.

Soutenir le processus de démocratie sanitaire par la formation des parties prenantes

Le déploiement de la démocratie sanitaire et la réelle implication des représentants des usagers dans le fonctionnement de notre système de santé passent notamment par l'acquisition d'un certain nombre de savoirs fondamentaux permettant à ces représentants de faire entendre leur parole et leur point de vue. En complément, le partenariat entre les représentants des usagers et les professionnels de la santé et de la recherche nécessite également que ces professionnels soient formés à l'échange et à la prise en compte de ces points de vue « profanes ». Un corpus et des modalités de formation spécifiques à destination des représentants des usagers intervenant dans les instances de pilotage, de coordination et de mise en œuvre de la lutte contre les cancers, ainsi qu'aux professionnels concernés, sont à élaborer.

Action 14.5 : Apporter une formation spécifique aux représentants des usagers et à leurs interlocuteurs professionnels (administrateurs ou professionnels de santé et de la recherche) dans un objectif de co-construction des politiques et des actions de lutte contre les cancers.

Le corpus de cette formation, qui sera élaboré conjointement avec les parties prenantes, devra aborder les grands enjeux de la cancérologie aujourd'hui et pour les années à venir, comme l'évolution des prises en charge, la recherche clinique et ses modalités, les notions de bénéfices et de risques liés au dépistage, et les questions éthiques liées.

OBJECTIF 15 : APPUYER LES POLITIQUES PUBLIQUES SUR DES DONNÉES ROBUSTES ET PARTAGÉES

Le pilotage du Plan cancer et plus largement celui des politiques de lutte contre les cancers nécessitent de s'appuyer sur une démarche d'observation et d'évaluation pour objectiver les résultats des actions au regard des moyens mobilisés. Apprécier l'efficience des actions doit permettre de guider la prise de décisions pour mieux agir face aux cancers. L'enjeu est notamment d'appréhender les parcours de santé des personnes atteintes de cancer, pour identifier les pertes de chance à chaque étape, et mieux comprendre les inégalités face aux cancers dans toutes leurs composantes, tant géographiques que socioéconomiques. À ces fins, l'évaluation doit s'appuyer sur une observation structurée et coordonnée, reposant sur un système d'information adéquat garantissant la qualité des données produites.

Mieux appréhender les parcours de santé et les inégalités face aux cancers

L'observation en cancérologie sera renforcée pour mieux comprendre les inégalités géographiques et socioéconomiques face aux risques de cancer et pour connaître de façon plus fine les parcours de santé. Au regard de ces indicateurs de qualité, il est nécessaire de développer l'évaluation médico-économique pour l'efficience des politiques mises en œuvre face aux cancers.

Action 15.1 : Mieux comprendre les inégalités sociales et géographiques face aux cancers.

- Étudier les disparités géographiques et socioéconomiques de l'incidence et de la survie des cancers selon les indices de défavorisation sociale et mettre à disposition en routine des indicateurs des inégalités de santé à partir des registres des cancers.
- Mieux connaître les facteurs de risque de cancer et les risques de survenue d'un second cancer à partir des registres. En outre, les dispositifs d'observation et de surveillance seront renforcés pour mieux comprendre les liens entre les cancers et les expositions professionnelles ainsi que les risques environnementaux (voir Objectif 12).
- Développer l'utilisation des données socioéconomiques (CNAV) et sociodémographiques (notamment Insee — échantillon démographique permanent) afin d'étudier les facteurs d'inégalités sociales (éducation, revenus…) tant au niveau individuel que du foyer : l'enjeu est de permettre l'appariement de ces bases avec les autres bases de données dans le domaine du cancer (registres, « cohorte cancer », etc.).

- Permettre l'observation des pertes de chance pour des populations fragiles (enfants) ou particulièrement exposées à des facteurs de risque (territoires d'outre-mer, milieu carcéral...) : intégrer la composante socioéconomique dans les différents systèmes d'information et de recherche (grandes cohortes, cohortes en milieu professionnel…).

- Développer l'observation sociale des cancers pour mieux comprendre leurs conséquences sur la vie des personnes atteintes (voir Action 9.17).

Les inégalités de santé face aux cancers seront également explorées dans les champs du dépistage et des trajectoires de prise en charge (voir Actions 15.2 à 15.4).

Action 15.2 : Renforcer l'évaluation de l'accès et du recours au dépistage organisé des cancers.

Le système d'information des structures de dépistage doit être unifié afin de renforcer l'évaluation et le pilotage des programmes de dépistage organisé des cancers et d'analyser les trajectoires de prise en charge.

- Définir à partir de l'existant les spécifications techniques et fonctionnelles d'un nouveau système d'information partagé et interopérable, pouvant être interfacé avec les informations issues d'autres systèmes d'information (DCC, outils informatiques des professionnels impliqués dans le dépistage…).

- Déployer le nouveau système d'information en intégrant des composantes telles le géocodage et les données permettant d'identifier les inégalités face au dépistage et de caractériser les trajectoires de prise en charge.

Action 15.3 : Faire du dossier communicant de cancérologie un outil d'observation et d'évaluation des soins au niveau local, régional et national.

Le dossier communicant de cancérologie, support d'échange et de partage d'informations pour le patient et entre les professionnels de santé à l'hôpital et en ville, constitue également un outil potentiel d'observation et d'évaluation des soins au niveau local, régional et national.

- Développer un collecteur de données interopérables centralisant les données et répondant aux impératifs de surveillance (données nominatives), d'observation et d'évaluation des cancers tant au niveau régional que national.

- Identifier et caractériser les trajectoires et parcours de prise en charge, en tenant compte de facteurs comme le type de cancer, ou le stade au diagnostic et en intégrant les caractéristiques cliniques et les prises en charges thérapeutiques.

Action 15.4 : Appréhender les parcours de soins grâce à la « cohorte cancer ».

La « cohorte cancer » développée par l'INCa en lien avec la Cnamts et l'IDS vise à regrouper les données de consommation des soins de ville et hospitaliers des personnes atteintes de cancer enregistrées dans les bases du SNIIRAM et du PMSI. Ce projet a pour objectifs de :

- Définir et caractériser les trajectoires et parcours de soins en ville et à l'hôpital des personnes atteintes d'un cancer, en tenant compte de facteurs comme le type de cancer, le stade au diagnostic, ou l'appartenance à un groupe socioéconomique particulier (CMU-C).
- Évaluer les parcours (délais de prise en charge, suivi de recommandations ou de référentiels, impacts économiques…) afin d'améliorer la prise en charge des personnes atteintes d'un cancer et de favoriser l'efficience du système de soins (voir le chapitre « Guérir plus de personnes malades, mieux encadrer et évaluer les prises en charge des patients atteints de cancer »).
- Poursuivre le développement de la cohorte en associant aux données issues des bases médico-administratives (SNIIRAM) des données issues d'autres systèmes d'information (notamment de la CNAV) ou de cohortes.

Action 15.5 : Développer l'évaluation en économie de la santé.

- Investir le domaine de l'économie de la santé, notamment en produisant régulièrement des états des lieux et des évaluations s'inscrivant dans l'ensemble des domaines de l'économie et portant tant sur l'impact immédiat qu'à moyen terme des actions.
- Renforcer l'exploitation des données pharmaceutiques, notamment en constituant une base de données nationale recueillant l'ensemble des prescriptions et dispensations pharmaceutiques hospitalières.

Action 15.6 : Mettre à disposition des indicateurs d'évaluation de la lutte contre les cancers.

- Développer et publier des tableaux de bord de pilotage et d'évaluation de la lutte contre les cancers, synthétisant les indicateurs aux niveaux national et régional issus des systèmes d'information en cancérologie (dépistage, parcours de soins, inégalités, etc.).

Des indicateurs de qualité et de sécurité des soins et des pratiques professionnelles seront également développés (voir Action 2.4).

Se doter d'un système d'observation des cancers performant

L'observation des cancers est confrontée à la multiplicité et à la dispersion des informations disponibles. L'exploitation des différentes sources d'information se heurte en effet à des problématiques d'accès et de croisement des données. Lever ces obstacles en assurant l'interopérabilité des bases et en structurant le dispositif d'observation constitue un enjeu majeur pour faire du système d'information un véritable instrument de pilotage de la politique de lutte contre les cancers.

Action 15.7 : Conforter la surveillance et l'observation épidémiologiques des cancers à partir des registres.

Les registres des cancers constituent la source de référence en épidémiologie des cancers. C'est à partir de leurs données que sont établies les estimations de l'incidence des cancers, mais aussi de la survie des personnes atteintes d'un cancer. Il importe donc de conforter ce dispositif de surveillance pour maintenir la qualité des informations collectées, mais aussi pour en améliorer la performance. Assurer la pérennisation des registres des cancers est une condition nécessaire pour leur permettre d'intégrer de nouvelles informations telles que les données sociales et géographiques pour l'observation des inégalités (voir Action 15.1).

- Pérenniser les registres des cancers en s'assurant de l'adéquation de leurs moyens avec les demandes et en s'appuyant sur une politique concertée.
- Améliorer la qualité et l'exhaustivité des données des registres, notamment à travers la poursuite des efforts de standardisation et de démarche qualité, et en s'assurant de la formation continue des personnels.
- Faciliter l'accès des registres à leurs sources de données, notamment les données nominatives du PMSI, des ALD cancers et des certificats de décès, et améliorer l'accès au répertoire national d'identification des personnes physiques (RNIPP).
- Renforcer les développements méthodologiques pour fournir de nouveaux indicateurs de surveillance et d'observation des cancers au niveau national et infranational, notamment en intégrant en routine les stades au diagnostic.
- Renforcer le positionnement international de la France dans le champ de la surveillance et de l'observation des cancers, dans le cadre des partenariats européens et des collaborations internationales.

Action 15.8 : Sécuriser l'accès aux données et l'interopérabilité tout en assurant la confidentialité.

- Permettre et renforcer la mise à disposition des données tout en garantissant leur confidentialité et le cas échéant l'anonymat des personnes au sein des bases de données.
- Simplifier le croisement des données, en favorisant notamment la mise en place d'un identifiant unique de santé ou l'exploitation encadrée du numéro d'inscription au répertoire de l'Insee (NIR).

Action 15.9 : Valoriser l'observation et les données en permettant leur appropriation et exploitation par le plus grand nombre.

- Ouvrir les données de santé en lien avec le cancer (« open-data ») via le portail des données du cancer, en développant une plateforme mutualisée comportant un centre de ressources et mettant à disposition des publics une plateforme digitale multicanal.

- Améliorer le partage de données à des fins de recherche, d'observation et de surveillance, notamment entre les grandes cohortes et les systèmes d'information.

- Poursuivre et renforcer les productions et leur valorisation dans le domaine de la surveillance, l'observation, l'évaluation, la veille et la recherche, notamment au travers de la publication annuelle du rapport « Les cancers en France ».

Action 15.10 : Assurer la synergie des acteurs dans le domaine de l'observation et de l'évaluation.

- Mettre en place et assurer une coordination de l'observation des cancers afin de renforcer les liens entre les différents acteurs (de la recherche aux acteurs de terrain), de définir de méthodes communes et de favoriser l'exploitation et la valorisation des données.

- Définir une stratégie commune pour le déploiement et l'exploitation des systèmes d'information relatifs aux cancers, que ce soit au niveau national ou infranational.

- Renforcer la coordination et l'exploitation des données au niveau régional, en mutualisant au sein d'une plateforme les ressources et les moyens lorsque cela est possible et assurant l'interopérabilité des systèmes d'information locaux.

OBJECTIF 16 : OPTIMISER LES ORGANISATIONS POUR UNE PLUS GRANDE EFFICIENCE

Les deux premiers Plans cancer ont contribué à structurer le champ de la cancérologie tant dans le champ des prises en charge (dépistage, soins) que dans celui de la recherche. Les structures de coordination nécessaires pour améliorer les prises en charge comme pour favoriser la dynamique d'une recherche nécessairement pluridisciplinaire sont aujourd'hui en place.

L'évolution des organisations doit désormais répondre à trois objectifs essentiels : décloisonner les différents champs de la lutte contre le cancer pour accélérer encore les transferts de la recherche vers les patients et pour fluidifier les parcours de santé de la prévention au soin ; gagner en efficacité et en efficience en optimisant les moyens et les systèmes d'information ; préciser les articulations entre les niveaux national/interrégional/régional/territorial en intégrant le rôle central des ARS.

Renforcer le pilotage et l'animation nationale en favorisant le décloisonnement

La structuration progressive du champ de la cancérologie s'est faite, au fil des deux premiers Plans cancer : organisation du domaine du soin dans une logique d'amélioration de la qualité, du champ de la santé publique afin d'accroître l'efficacité des politiques de prévention, de la recherche pour favoriser sa compétitivité et pour accélérer le transfert des nouvelles connaissances vers le soin. Source de progrès incontestables, cette organisation doit aujourd'hui évoluer vers plus de transversalité et de décloisonnement entre recherche, prévention, soins et observation pour qu'une démarche pleinement intégrée de lutte contre le cancer contribue à de nouveaux progrès.

Au pilotage stratégique ministériel garant d'orientations stratégiques homogènes et de l'égale qualité des prises en charge sur le territoire national, doivent dorénavant être associés un pilotage technique et une animation propice au décloisonnement des acteurs reposant sur l'institution transversale dédiée au cancer qu'est l'INCa. Ce pilotage national est relayé dans le champ sanitaire par les ARS.

Dans le champ de la recherche, l'atout majeur représenté par l'articulation forte entre INCa et ITMO Cancer d'Aviesan doit être conservé.

Action 16.1 : Afin de conforter la synergie recherche/santé, affirmer l'INCa comme opérateur des ministères de la santé et la recherche dans le champ du cancer.

- Déléguer à l'INCa le pilotage de la mise en œuvre du Plan.
- Confier à l'INCa le pilotage scientifique des crédits recherche du Plan cancer.
- Préciser au travers d'un nouveau COP les attentes des deux ministères à l'égard de l'Institut.
- Garantir l'unité des fonctions de directeur de la recherche de l'INCa et de directeur de l'ITMO Cancer d'Aviesan et le maintien des crédits dédiés à la recherche sur le cancer attribués à l'Inserm. L'inscrire dans une nouvelle convention cadre INCa-Aviesan.

Action 16.2 : Renforcer le rôle de pilotage technique et d'animation régulière et décloisonnée des structures de la cancérologie par l'INCa en appui au pilotage stratégique des ministères de la santé et de la recherche.

- Assurer, en lien étroit avec les administrations et opérateurs concernés, le pilotage technique et l'animation de chacun des réseaux de coordination des prises en charge (dont dépistage), de recherche en cancérologie ou d'observation
- Organiser le décloisonnement par une démarche adaptée d'animation et par des expérimentations d'interfaces innovantes (RRC/cancéropôles ; structures de gestion régionales/RRC/registres…).
- Collecter et traiter en lien avec les partenaires (notamment InVS et Francim) les données issues de ces structures et en assurer la transmission auprès des ARS et des ministères concernés.
- Organiser, en lien avec le secrétariat général des ministères sociaux, la coopération avec les ARS et veiller à la cohérence entre les orientations des ARS et les missions confiées aux structures de cancérologie dans le cadre du Plan cancer.

Action 16.3 : Associer la MILDT aux actions du Plan cancer à mener dans le domaine de la lutte contre les drogues et les conduites addictives, ainsi qu'à leur suivi.

Redéfinir la place des acteurs régionaux et territoriaux en appui des ARS

À l'échelle de la région coexistent des structures de coordination et d'animation (Réseaux régionaux en cancérologie) et des structures organisant des processus de prise en charge dans le champ du dépistage (structures de gestion) ou du soin (pôles régionaux, réseaux territoriaux de cancérologie, 3C). Dans certaines régions, existent également un ou plusieurs registres à vocation régionale ou nationale.

Sans préjudice d'un pilotage national garantissant harmonisation des missions et partage d'expériences, il apparaît essentiel de conforter le rôle des RRC auprès de l'ARS comme structure régionale d'appui et d'expertise en cancérologie. Il est également souhaitable, dans une logique d'harmonisation des démarches et d'efficience, de renforcer la coordination régionale des politiques de dépistage. Afin de fluidifier les parcours de prise en charge du dépistage vers le soin, des liens doivent être développés, notamment en termes de système d'information, entre structures de coordination du soin et structures gérant les dépistages.

Le renforcement d'un niveau régional doit être concomitant avec l'affirmation des projets territoriaux qui, conformément à la Stratégie nationale de santé, doivent garantir la fluidité du parcours du patient, la qualité de sa prise en charge et l'appui au professionnel de premier recours et concourir à l'amélioration des articulations ville/hôpital et sanitaire/médico-social/social.

Action 16.4 : Garantir à l'ARS un appui régional fort dans le champ de la cancérologie en misant sur le rapprochement des structures.

- Conforter le rôle d'appui des RRC auprès des ARS. À la lumière de leur évaluation, actualiser leurs missions et leurs articulations avec les acteurs de proximité.
- Promouvoir, dans un objectif d'harmonisation des pratiques et d'efficience, une organisation régionale des structures de gestion en appui des échelons territoriaux.
- Développer les interfaces entre RRC, structures de gestion des dépistages et registres afin de fluidifier les parcours du dépistage aux soins ; en lien avec la montée en charge du DCC, organiser un rapprochement des systèmes d'information afin de contribuer à l'évaluation des politiques de dépistage et de soins.
- Favoriser des rapprochements fonctionnels et structurels et expérimenter des structures unifiées sous forme de structures régionales de coordination ou d'appui en cancérologie.
- Mettre à profit le réexamen des périmètres et missions des différentes structures de coordination pour sécuriser leurs statuts juridiques et consolider leur gouvernance.

Action 16.5 : Structurer l'organisation territoriale de proximité autour de l'objectif de continuité et de globalité des parcours de prise en charge.

- Évaluer et redéfinir, en vue d'une meilleure intégration des professionnels de ville, le périmètre des actions de coordination (3C, infirmière de coordination, réseaux territoriaux) mises en place dans les Plans cancer précédents ; améliorer la synergie de leurs interventions et expliciter leurs relations avec les RRC.
- Revoir les missions et principes de financement des 3C à la lumière des éléments de cette évaluation, des évolutions régionales actuelles vers des 3C interétablissements, ainsi que des priorités de la politique de santé dans le champ du cancer.

- Rapprocher les réseaux polyvalents de proximité et les dispositifs spécialisés dans le cancer de façon à assurer la prise en charge globale en santé.
- Accentuer dans les missions de proximité des structures locales de dépistage le rôle d'appui aux médecins traitants et les approches adaptées à l'exercice en maisons de santé ou en centres de santé des médecins de premier recours.
- Mobiliser les acteurs sociaux et médico-sociaux pour soutenir les dépistages organisés et étudier l'intérêt d'équipes mobiles de dépistage afin de toucher des publics plus éloignés.

Conforter la structuration de la recherche en régions

La politique de structuration de la recherche pluridisciplinaire engagée dans les Plans cancer I et II a abouti dès 2003 à la mise en place de 7 cancéropôles et à la labellisation de 8 sites intégrés de recherche sur le cancer (SIRIC). Dix ans après la création des structures interrégionales d'animation de la recherche sur le cancer et après deux évaluations en 2007 et 2011 et un bilan partagé INCa/cancéropôles en 2013, il apparaît nécessaire de les faire évoluer. Les premiers enseignements de l'expérience des SIRIC devront également être tirés.

Action 16.6 : Recentrer les missions des cancéropôles sur des champs non couverts par d'autres organisations (émergence de projets dans des thématiques et technologies innovantes et de jeunes équipes, priorités régionales ou interrégionales de recherche incluant sa valorisation).

- Lancer en 2014 un nouvel appel à candidatures sur la base d'un cahier des charges révisé.
- Clarifier et organiser les interfaces avec les RRC sur la recherche clinique.
- Renforcer le pilotage national des cancéropôles au travers de CPOM les liant à l'INCa.

Action 16.7 : À l'issue des cinq années d'existence des 8 SIRIC, organiser en 2016 un nouvel appel à candidatures ouvert aux structures précédemment financées ou à de nouveaux projets.

Action 16.8 : Articuler les actions des SIRIC et des cancéropôles pour renforcer les forces de recherche sur un territoire donné.

- Coordonner les actions des SIRIC et des cancéropôles portant sur la mise en place et la mutualisation de plateformes technologiques, ainsi que sur le soutien à l'émergence de projets de recherche.
- Associer les SIRIC à l'animation scientifique menée par les cancéropôles pour permettre le partage des expertises et la dissémination des résultats de la recherche à l'ensemble de la communauté scientifique.
- Mobiliser conjointement les SIRIC et les cancéropôles pour inciter à la mobilité des équipes et contribuer ainsi à la fois au renouvellement des forces vives des SIRIC et à l'émergence de nouveaux sites de recherche d'excellence.

Conforter la place de la France dans les coopérations internationales en recherche et santé publique

Cet engagement se situe dans le prolongement de la politique ambitieuse de développement et de solidarité internationale adoptée par l'État. Il porte sur la participation au déploiement de nouvelles initiatives internationales dans tous les domaines de la lutte contre les cancers avec les principales agences internationales, via des actions de recherche en réseau, des actions de formation à la lutte contre le cancer dans les pays du sud, et au développement de l'assistance technique partenariale pour la mise en œuvre de programmes de lutte contre le cancer.

Action 16.9 : Soutenir le développement des programmes de lutte contre le cancer des agences internationales, notamment leurs volets d'actions envers les pays francophones de l'Afrique subsaharienne et du sud de la Méditerranée.

Il s'agit notamment des programmes AIEA PACT, dans le cadre du Practical Arrangement signé en 2013, GICR sur les registres de l'IARC et des programmes de l'OMS sur les cancers liés aux agents infectieux.

Action 16.10 : Développer des réseaux collaboratifs entre la France et les pays du sud dans le domaine de la recherche et de la santé publique, en s'appuyant notamment sur les infrastructures développées par les partenaires d'Aviesan Sud (IRD, Instituts Pasteur, Fondation Mérieux, etc.) dans les pays ciblés.

- Soutenir une diplomatie solidaire par des actions de formation par la recherche.
- Renforcer la présence de la francophonie au sein des organisations internationales, comme l'AORTIC et offrir une assistance technique aux pays francophones dans la mise en œuvre de leur programme de lutte contre le cancer.

Action 16.11 : Participer activement aux actions de coordination des financeurs internationaux de la recherche sur le cancer et les prolonger avec les pays européens et les États-Unis, et avec les pays émergents en proposant des solutions partagées par tous.

Sont privilégiées en particulier des actions de réduction des cancers évitables (tabac, alcool, maladies infectieuses), la coopération dans les essais cliniques et la médecine personnalisée, et l'accès aux médicaments, en particulier en pédiatrie.

OBJECTIF 17 : ADAPTER LES MODES DE FINANCEMENT AUX DÉFIS DE LA CANCÉROLOGIE

Constamment renouvelée sous l'influence d'une recherche et d'une innovation médicale et technologique dynamiques, la prise en charge des cancers impose une grande adaptabilité des dispositifs financiers pour accompagner les progrès réguliers accomplis. C'est aussi une prise en charge coûteuse qui confronte constamment le système de santé aux défis de son financement.

Le Plan encourage la définition de modes de tarification et de financement suffisamment fluides et pertinents pour ne pas freiner l'accès du plus grand nombre à l'innovation et pour inciter aux prises en charge optimales.

Il cherche également à dégager des marges de manœuvre financière pour réallouer les moyens disponibles aux prises en charge et aux recherches les plus performantes et pour accompagner financièrement les grandes évolutions attendues dans le cadre des Stratégies nationales de santé et de recherche.

Savoir adapter les modalités de financement au rythme des évolutions techniques et organisationnelles

Les prises en charge du cancer font l'objet d'un renouvellement important lié à la montée en puissance de nouvelles techniques (par exemple l'ensemble des nouvelles opportunités thérapeutiques apportées par la radiologie interventionnelle), à l'arrivée en nombre de nouvelles thérapies ciblées ou au développement des possibilités de suivi en ville induites par les chimiothérapies orales. Il importe pour la rapidité de diffusion de ces nouvelles approches au bénéfice du plus grand nombre de patients que les modalités de financement ne constituent pas un frein, soit par leur inadéquation, soit par l'insuffisante réactivité de leurs ajustements.

Par-delà la nécessité d'avoir un système réactif, les évolutions majeures en cours dans l'approche des traitements médicamenteux imposent aussi de questionner les paradigmes actuels d'évaluation des médicaments, à l'instar de ce que certains pays comme les États-Unis amorcent aujourd'hui.

Les actions citées ci-dessous de façon synthétique sont reprises dans le chapitre « Guérir plus de personnes malades ».

Action 17.1 : Identifier et mener les évolutions nécessaires du dispositif réglementaire et tarifaire pour soutenir le développement de la radiologie interventionnelle (voir Action 3.10)

Action 17.2 : Expérimenter la mise en place de forfaits pour les traitements de radiothérapie pour inciter les établissements à investir dans des techniques innovantes telles que l'hypofractionnement au bénéfice des patients.

Action 17.3 : Mener plus globalement dans le cadre du Comité de réforme de la tarification hospitalière une réflexion dédiée à l'accompagnement des innovations dans le champ de la cancérologie.

Action 17.4 : Redéfinir les critères d'évaluation et de jugement du caractère innovant et de la valeur ajoutée d'une molécule permettant d'accélérer l'accès des patients aux réelles innovations (voir Action 5.7).

Inciter à la fluidité des parcours par des mécanismes financiers innovants

Grâce à sa capacité à initier de nouvelles approches de santé, le champ du cancer doit ouvrir la voie de nouvelles modalités financières envisagées dans la Stratégie nationale de santé et propres à encourager les acteurs à coopérer et à faciliter le parcours du patient comme la qualité de sa prise en charge.

Dans cette logique de parcours, il est également essentiel que les obstacles financiers au passage de l'hôpital au secteur ambulatoire, aux structures médico-sociales ou au domicile soient levés.

Action 17.5 : Engager, dans le cadre du Comité de réforme de la tarification hospitalière et dans le cadre des travaux sur les nouveaux modes de rémunération dans le cadre conventionnel, une réflexion sur une évolution des modes de financement apte à garantir un parcours fluide et sûr (notamment entre ville et hôpital) et une prise en charge globale (intégrant les soins de support) dans le champ du cancer.

Action 17.6 : Mettre en œuvre dans le domaine du cancer une des expérimentations de « tarification au parcours ».

Action 17.7 : Apporter des solutions aux établissements de santé de soins de suite et de réadaptation, aux unités de soins de longue durée, aux maisons de retraite et aux maisons d'accueil spécialisées, concernant le financement des molécules onéreuses.

Dégager des marges de manœuvre pour financer l'innovation

Aux innovations anciennes succèdent rapidement de nouvelles qu'il faut pouvoir financer en dépit des contraintes budgétaires croissantes pour garantir les soins les plus performants aux patients. Cela impose aujourd'hui de savoir dégager des marges de manœuvre en soumettant l'existant à un regard critique et exigeant.

Action 17.8 : Accélérer en lien avec les travaux issus du contrat de filière des industries de santé le processus de tarification des actes et traitements innovants validés en pratique clinique afin de permettre le redéploiement des financements d'initiation de l'INCa et de la DGOS vers des actes et dispositifs émergents (voir Actions 5.11 et 5.12).

Action 17.9 : Favoriser, grâce au suivi de la qualité des pratiques cliniques, à des critères d'agrément exigeants et aux recommandations de bonne pratique, la pertinence des actes et la focalisation des moyens sur les prises en charge conformes aux standards (voir Actions 2.4, 2.6 et 2.7).

Action 17.10 : Contribuer, grâce aux campagnes d'information sur les dépistages organisés des cancers, à la réduction des actes de dépistage inopportuns par leur nature ou leur fréquence (voir Actions 1.9 et 1.10).

Maintenir un haut niveau d'exigence dans les choix de financement de la recherche

Soumis aux mêmes contraintes que le financement des soins, le financement de la recherche se doit lui aussi d'être sélectif et de privilégier l'excellence. Cela impose d'être toujours plus exigeant dans la sélection et le suivi des projets comme dans leur évaluation.

Action 17.11 : Maintenir le principe d'appels à projets libres et compétitifs comme principale modalité de sélection des projets de recherche sur le cancer (voir Action 13.1).

Action 17.12 : Conforter le suivi scientifique des projets financés.

Action 17.13 : Développer des outils partagés d'évaluation des projets de la recherche en cancérologie.

La gouvernance du Plan

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

Le pilotage du Plan cancer

Le pilotage du Plan cancer vise à conduire sa mise en œuvre pour parvenir aux résultats attendus. Il s'exerce en articulation entre le niveau national et le niveau régional. Le pilotage s'appuie sur le suivi et l'évaluation du Plan.

- **Le comité de pilotage interministériel du Plan cancer**

Le comité de pilotage veille à la réalisation du Plan par la mobilisation des partenaires et des moyens et oriente sa mise en œuvre. Il peut proposer des adaptations du Plan en fonction de l'évolution du contexte.

Il se réunit au moins une fois par an. Il rend compte de la mise en œuvre du Plan au comité interministériel pour la santé placé sous l'égide du Premier Ministre et remet son rapport annuel au président de la République.

Le comité de pilotage est co-présidé par les cabinets des ministres chargés de la recherche et de la santé. Il se compose des directeurs des administrations centrales des ministères chargés de la recherche et de la santé et des autres ministères impliqués, du directeur général de la Cnamts, d'un représentant des directeurs généraux des agences régionales de santé, du président de l'INCa et des associations représentant les malades et les usagers de la santé.

- **L'articulation nationale et régionale**

Le pilotage du Plan cancer s'exerce en articulation entre le niveau national et le niveau régional. Les agences régionales de santé sont responsables de la déclinaison du Plan dans leur région, pour les actions dont elles sont pilotes ou partenaires, en tenant compte des spécificités de leurs territoires.

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

Les ARS assurent le reporting de la mise en œuvre régionale du Plan et de ses résultats. Un séminaire d'information et d'échanges sur le Plan cancer est organisé chaque année avec les représentants des ARS.

Le suivi et l'évaluation du Plan

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

- **Le comité de suivi**

L'INCa coordonne le suivi du Plan cancer et la mesure de ses résultats. Il anime le comité de suivi réunissant tous les pilotes d'actions. Celui-ci planifie la mise en œuvre des actions et s'assure de leur déroulement selon le calendrier prévisionnel, il apprécie les résultats du Plan à l'aide d'indicateurs et suit l'évolution de la dépense par rapport au budget prévu. Il consolide les bilans régionaux des ARS. Il prépare le rapport annuel du Plan cancer. Le comité de suivi se réunit trois à quatre fois par an.

- **L'évaluation du Plan cancer**

L'évaluation de la mise en œuvre du Plan cancer sera conduite en continu par le comité de pilotage en s'appuyant sur des indicateurs de réalisation et de résultats des actions.

L'évaluation de l'impact du Plan sur des objectifs de santé (exemple : réduction de la mortalité par cancer) ne pourra être réalisée qu'à distance.

La définition précise de l'ensemble de ces indicateurs permettant de suivre et d'évaluer l'atteinte des objectifs sera faite en lien avec les pilotes des actions, le Haut Conseil de santé publique et en cohérence avec les indicateurs de la future loi de santé publique. Ils seront validés au cours de la première réunion du comité de pilotage du Plan en 2014.

Une évaluation externe du Plan cancer sera réalisée notamment au regard de ces indicateurs.

La concertation avec les acteurs et les usagers

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

- **Le dialogue avec les acteurs et les usagers**

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

- **La concertation régionale**

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

L'information des publics

Afin de rendre compte au public de la mise en œuvre du Plan cancer et de ses résultats, le rapport annuel du Plan est rendu public. L'ensemble des informations relatives au Plan cancer, à son avancement et ses réalisations, sont disponibles sur le site internet www.e-cancer.fr.

SYNTHÈSES THÉMATIQUES

Répondre aux besoins des enfants, adolescents et jeunes adultes atteints de cancer

Le cancer chez l'enfant est une maladie rare qui représente 1 à 2 % de l'ensemble des cancers. On dénombre environ 1 700 nouveaux cas chaque année en France chez les moins de 15 ans, et plus de 700 nouveaux cas chez les adolescents de 15 à 19 ans. Des progrès considérables ont pu être enregistrés au cours des dernières décennies, permettant aujourd'hui de guérir plus de quatre enfants sur cinq. Le Plan cancer propose de nombreuses actions en réponse aux besoins exprimés par les patients, les familles à travers des associations et par les professionnels afin d'améliorer encore la qualité et la sécurité des soins et l'accès à l'innovation, mais aussi l'accompagnement global des enfants et de leurs familles pendant et après la maladie.

Garantir des prises en charges adaptées et de qualité

Comme pour les cancers de l'adulte et sans doute de manière encore plus marquée**, le délai entre les premiers symptômes et la confirmation du diagnostic** peut être long et expose à des pertes de chance. Il est important de **sensibiliser les médecins traitants aux circonstances de découverte** des cancers de l'enfant, de l'adolescent et du jeune adulte et de leur donner les outils pour une orientation rapide vers les centres spécialisés. Ainsi les réseaux régionaux de cancérologie en lien avec les ARS devront **améliorer la lisibilité de l'offre de soins spécialisés interrégionale** pour les cancers de l'enfant. Enfin, la réflexion plus globale sur la **juste valorisation des actes diagnostiques (IRM notamment) et thérapeutiques** devra prendre en compte les temps de réalisation souvent plus longs et plus complexes de ces actes chez l'enfant, afin que la rentabilité ne conditionne pas l'accès aux examens d'imagerie et in fine aux soins.

L'évolution du dispositif d'annonce qui sera conduite dans le cadre du Plan devra **intégrer les modalités particulières de l'annonce pour les cancers pédiatriques** qui seront jugées nécessaires, par exemple en termes de formation des professionnels, de supports d'information, de lieux d'annonce spécifiques ou de possibilités de suivi psychologique de l'enfant, de sa fratrie et de ses parents. Comme pour les cancers de l'adulte, **l'accès à un double avis** sera facilité afin que ce droit ne soit pas une rupture avec l'équipe référente. Le **DCC** bénéficiera aux enfants atteints de cancer comme aux adultes. Enfin, la **prise en charge de la douleur** doit constituer un point de discussion systématique dans les RCP afin de faire le lien précocement avec l'équipe de soins de support. Les centres autorisés en oncopédiatrie devront rendre compte de leur maîtrise des techniques de prise en charge de la douleur de l'enfant.

Au-delà de la structuration interrégionale qui a été faite lors des précédents Plans cancer, les situations rares des cancers de l'enfant, identifiées au plan national (cancers très rares ou questionnement sur l'accès à des techniques très spécialisées comme la protonthérapie) feront l'objet d'un processus de proposition thérapeutique national avec l'orientation des enfants concernés vers des équipes très spécialisées. Il s'agit donc de formaliser **les situations de recours en cancérologie pédiatrique.** Le Plan cancer fixe également pour objectif, à la manière de ce qui a été fait pour les cancers de l'enfant, **d'assurer pour les adolescents et jeunes adultes une prise en charge adaptée en organisant au niveau régional ou interrégional une structuration** répondant à des objectifs définis dans un cadre national (ces objectifs pourront comprendre à la fois des critères en matière d'expertise médicale, mais aussi de réponse aux besoins spécifiques des adolescents et jeunes adultes, notamment de préservation du lien social).

Enfin, l'amélioration de la qualité des prises en charge passe par la **qualité de la relation enfant/parents/professionnels et de l'information échangée,** y compris dans les situations d'échec thérapeutique. L'apport des associations dans ce champ sera conforté par des appels à projets.

Améliorer l'accès des enfants, adolescents et jeunes adultes à l'innovation et à la recherche

Afin de favoriser l'accès aux molécules innovantes pour les patients français et de donner une meilleure visibilité internationale à la recherche clinique académique française, le Plan cancer 2009-2013 a permis la mise en place de centres spécialisés dans les essais précoces de nouveaux médicaments. Le nouveau Plan annonce la création de **centres de phase précoce** dédiés aux cancers pédiatriques. **Le programme AcSé** qui vise à faire bénéficier des patients en échec thérapeutique d'un accès sécurisé à des thérapies ciblées sera également soutenu et son ouverture aux enfants doit être maintenue. Au-delà des essais précoces, la cancérologie pédiatrique sera une priorité de la **recherche clinique** notamment pour des essais d'optimisation des traitements et de désescalade pour en réduire les effets secondaires. Pour s'en donner les moyens, il est proposé que les coûts de la recherche incluent les coûts de transport et d'hébergement, en particulier pour les enfants et leurs accompagnants, afin de lever cette barrière d'accès aux essais thérapeutiques.

En matière d'accès aux médicaments innovants, le Plan encourage une **politique globale de fixation de priorités de développement des médicaments**, la cancérologie pédiatrique en fera partie.

En matière de recherche, plusieurs tumeurs de l'enfant feront partie des tumeurs bénéficiant d'un **séquençage complet de leur génome** à la recherche de nouvelles cibles thérapeutiques, afin de faire bénéficier aux enfants de la médecine personnalisée.

Garantir l'accompagnement global au-delà des soins liés aux cancers et la continuité de vie pour l'enfant et ses proches

Les besoins exprimés concernent à la fois le soutien psychologique, la continuité de scolarité et la fragilité sociale pour l'ensemble de la famille induite par la maladie.

Pour que le cancer ne pénalise pas leur vie future, il est nécessaire de permettre aux enfants et aux adolescents malades de **poursuivre leur scolarité et leurs études**. Plusieurs dispositifs existent, mais ils paraissent encore mal connus des équipes pédagogiques et parfois difficiles à mettre en place, en particulier dans le secondaire. Ainsi, **l'information des familles** sur les possibilités d'adaptation de la scolarité en cas de maladie (PAI, APAD, CNED, projet personnalisé de scolarisation, aménagement d'examen, accompagnement lors du cursus universitaire, etc.) sera systématique et remis à l'occasion de la diffusion d'autres documents afférents au fonctionnement de l'établissement par l'école. Dans le cadre des hospitalisations, **l'apport du numérique pour maintenir le lien avec l'établissement scolaire** sera évalué. Pour les élèves ne pouvant pas fréquenter leur établissement, la **gratuité de l'inscription au CNED** sera étendue au-delà de 16 ans. Il s'agira également **d'informer les étudiants, leur famille, mais aussi la communauté universitaire** des conséquences de ce type de pathologie sur le parcours de l'étudiant et des alternatives, adaptations possibles et recours.

Pour atténuer les surcoûts pour les familles, il est important de **simplifier les procédures et les conditions d'accès aux différents dispositifs d'aide proposés par les MDPH** (notamment l'AEEH) pour les adapter aux situations de perte d'autonomie temporaire observées dans le cadre d'une maladie telle que le cancer. Le **développement d'hébergement à proximité** des lieux de traitements en particulier pour les enfants atteints de cancer ou leur famille sera par ailleurs poursuivi.

Mieux préparer et suivre l'enfant et sa famille dans l'après-cancer

La préparation du retour à domicile se fait notamment dans le cadre de la **consultation de fin de traitement** qui va être formalisée dans le Plan. Cette consultation prépare également le suivi médical de l'après-cancer avec la remise du programme personnalisé de l'après-cancer, dont des formats de type **carnet de suivi** pour les patients seront expérimentés. Les patients traités pour un cancer dans leur enfance/adolescence doivent notamment pouvoir bénéficier d'un **suivi adapté tout au long de leur parcours de vie notamment dans la perspective d'anticiper et suivre les effets secondaires** éventuels des traitements et bénéficier d'un accompagnement psychologique si nécessaire.

Les actions de recherche clinique ou fondamentale visant à **améliorer la connaissance des mécanismes et la prévention des séquelles** après traitement du cancer seront soutenues. Des **enquêtes observationnelles** sur les séquelles seront lancées. Mieux préparer l'après-cancer c'est aussi envisager dès le diagnostic la **préservation de la fertilité** si nécessaire. L'information sur la fertilité devra être systématique et à ce titre intégrée au dispositif d'annonce. L'organisation des

structures permettant la préservation de la fertilité est par ailleurs une action du Plan.

Enfin, le Plan cancer pose le principe du **droit à l'oubli**, délai au-delà duquel les demandeurs d'assurance ayant un antécédent de cancer n'auront plus à le déclarer. C'est une avancée considérable pour que tous les enfants, adolescents et jeunes adultes guéris de cancer puissent sans entrave construire leur vie d'adulte.

Le Plan cancer misant sur la prévention pour améliorer la santé à venir des populations, de nombreuses actions sont destinées aux enfants et adolescents non malades pour mieux les protéger de certains risques (renforcer la lutte contre l'initiation au tabagisme ou encore limiter les rayonnements ionisants par une substitution des examens d'imagerie concernés). L'éducation à la santé conduite au sein de l'école sera renforcée. Des actions visent aussi à mieux connaître les risques environnementaux pour mieux les prévenir dans le futur.

Réduire les inégalités et les pertes de chance, une priorité du Plan cancer

Inégalités des risques génétiques ou comportementaux, inégalités des parcours de prise en charge du fait de la situation sociale, territoriale, pertes de chance liées au non-respect des standards de bonne pratique, inégalités d'information… les inégalités face à la maladie cancéreuse sont diverses et complexes. Elles portent à la fois sur les caractères des individus et sur l'offre de soins, de dépistage ou de prévention qui leur est offerte. Des études démontrent aussi que la survie des patients est étroitement dépendante de la qualité de la formation et du cursus des acteurs de santé.

Capables de contrer les inégalités, les politiques de santé sont aussi paradoxalement susceptibles de les accroître si l'on n'est pas particulièrement vigilant. Certaines actions de prévention touchent ainsi plus efficacement les populations les plus favorisées, accentuant leurs avantages socioéconomiques initiaux.

Les données épidémiologiques sont explicites en ce qui concerne les inégalités sociales de santé en termes de mortalité et de durée de survie : la catégorie sociale est un facteur réellement discriminant tout au long d'un gradient social progressif des plus démunis aux plus aisés… De nombreuses analyses documentent également les inégalités territoriales au sein de la métropole, mais aussi entre celle-ci et les départements d'outre-mer, en termes d'incidence comme de survie. Qu'ils soient induits par des déséquilibres dans les équipements sanitaires ou la démographie médicale ou par des choix d'organisation moins pertinents, ces écarts entre territoires sont également manifestes dans les prises en charge (délais, accès aux techniques innovantes, aux nouvelles thérapeutiques…).

S'attaquer aux inégalités territoriales, sociales, culturelles de santé est donc un enjeu majeur. Il s'agit d'assurer plus d'équité, mais aussi plus d'efficacité aux mesures de lutte contre les cancers. Initiée au travers du deuxième Plan cancer, cette démarche qui s'inscrit nécessairement dans le moyen terme doit être amplifiée dans le nouveau Plan. C'est pourquoi tout au long du Plan, des mesures visent à repérer, analyser, prévenir et maîtriser les inégalités face au cancer. Certaines sont générales, d'autres ciblent d'emblée les populations les plus vulnérables ou des territoires spécifiques comme les départements d'outre-mer (DOM).

Bien que justiciables de certaines actions spécifiques liées à des expositions particulières, comme la chloredécone, ou à des sur-risques génétiques, comme pour le cancer de la prostate aux Antilles, les DOM relèvent cependant le plus souvent de mesures générales de réduction des inégalités sociales ou territoriales. C'est ce qui explique qu'une approche centrée sur les DOM n'ait pas été retenue dans le Plan, mais que chaque fois que cela était pertinent, une attention particulière leur soit accordée.

Mieux repérer et comprendre les inégalités à chaque étape d'un parcours

À chaque étape du parcours de santé de la prévention à l'après-cancer, il est essentiel de documenter et d'analyser les facteurs d'inégalités et d'étudier les actions susceptibles de les réduire.

Le Plan comporte de nombreuses actions de repérage des inégalités et de suivi de l'impact des différentes mesures mises en œuvre afin de s'assurer qu'elles touchent l'ensemble du public visé.

Le renforcement de l'observation dans le champ du cancer est un socle indispensable à l'approfondissement de l'analyse encore insuffisante des inégalités. L'amélioration des connaissances reste un axe important du Plan cancer, avec une valorisation accrue de bases de données médico-administratives et une approche territoriale de plus en plus fine s'appuyant sur des actions de géolocalisation lorsque cela est pertinent. Le soutien à **la recherche interventionnelle** sur les inégalités sociales de santé est un autre levier présent dans ce nouveau Plan cancer.

Mieux repérer les inégalités signifie aussi mettre en place dans chacun des dispositifs de lutte contre le cancer des approches adaptées pour mesurer et interpréter leur impact éventuellement inégal. **Analyser l'impact des actions de prévention au travers d'une grille de lecture liée aux inégalités** sociales de santé est indispensable, particulièrement en matière de lutte contre les déterminants socialement marqués que sont le tabac et la nutrition.

Le plafonnement actuel de la participation au dépistage organisé impose, outre des évolutions organisationnelles, de **définir des indicateurs de non-recours au dépistage** et de suivre spécifiquement la participation de populations identifiées comme vulnérables ou ayant des difficultés d'accès aux programmes (personnes en situation de précarité, de handicap ou faisant face à des difficultés socioculturelles ou linguistiques, personnes vivant en lieux de privation de liberté, personnes résidant dans des institutions…). Identifier les inégalités territoriales par analyses géographiques des données des programmes de dépistage est également nécessaire pour guider l'action.

L'analyse des différences de trajectoires dans le système de soin constitue un moyen d'identification des ruptures et des écarts les plus problématiques nécessaire pour optimiser le système de soin au profit de tous.

Veiller à ne pas accroître les inégalités par les politiques de prévention

Les politiques de prévention peuvent avoir un rôle majeur de correction des inégalités. Mais, parce qu'elles n'atteignent pas toutes les populations avec la même efficacité, elles sont aussi susceptibles de les accroître si on ne leur accorde pas une particulière vigilance.

En développant des mesures variées et importantes de **prévention des travailleurs aux expositions professionnelles cancérogènes**, le Plan vise à maîtriser un facteur important d'inégalités, celui des risques liés au milieu du

travail. Il privilégie notamment la démarche de substitution des agents cancérogènes, mutagènes ou toxiques pour la reproduction (CMR) dans les entreprises, en particulier les très petites entreprises et le renforcement des contrôles du respect des règles encadrant leur usage. Il prévoit de développer la formation à la prévention des risques de cancer en milieu professionnel au profit des populations fragiles : jeunes, femmes enceintes, apprentis et intérimaires. Il vise à consolider la traçabilité des expositions et le suivi médical des personnes exposées à des risques de cancers liés à ces expositions professionnelles

Pour prévenir les effets potentiellement inégalitaires des politiques préventives, **une attention soutenue doit être accordée à la conception et à la diffusion des messages de prévention**, avec un effort de diversification des canaux, des niveaux de langage et des langues employés. C'est un point de vigilance particulier dans le cadre des programmes de dépistage marqués par des disparités fortes de participation selon les territoires, l'âge, les caractéristiques socioéconomiques et culturelles.

Cela impose également de garantir **l'accessibilité financière des dispositifs de prévention**. Ainsi, dans l'action forte visant à faire reculer les inégalités face au cancer du col, il importe que le dépistage et la vaccination HPV se fassent sans reste à charge, d'où l'intérêt des contrats responsables garantissant dès les premières années du Plan une couverture des actes préventifs par assurance maladie et complémentaires santé ; d'où la nécessité également d'identifier, renforcer et faire connaître les offres de vaccination ou de frottis sans reste à charge ni avance de frais sur l'ensemble du territoire (centres de santé, dispensaires, PMI, etc.). Rendre les actions de prévention accessibles, c'est aussi mieux prendre en charge le sevrage tabagique pour les populations démunies qui sont caractérisées par un tabagisme supérieur à la moyenne.

Avoir une approche égalitaire des politiques de prévention, c'est enfin permettre à ce que **l'ensemble des territoires et particulièrement les DOM** puissent accéder à une offre de prévention : ainsi la télédermatologie sera expérimentée dans la détection précoce des cancers de la peau, pour réduire les inégalités territoriales induites par les difficultés démographiques des professions de santé.

Mais les politiques de prévention n'ont pas seulement à se prémunir des risques d'aggravation des inégalités sociales de santé. Elles doivent aussi veiller à répondre aux différents facteurs de risque tels que les risques génétiques. Il convient notamment de ne pas se focaliser sur les populations à risque standard de cancer en accordant paradoxalement moins d'**attention aux personnes aux risques aggravés**. C'est ainsi que le Plan propose pour les cancers du sein et colorectal, des options de dépistage ou de suivi selon les niveaux de risque pour garantir à chacun l'accès à la meilleure modalité de dépistage en fonction de son risque propre de cancer.

Lutter contre les pertes de chance dans les prises en charge

Dans l'inégalité des taux de survie interviennent de nombreuses composantes. Parmi celles-ci, le retard dans le diagnostic puis l'accès aux soins, la difficulté d'accès géographique aux soins les plus performants ou novateurs, les éventuels écarts de pratiques au regard des standards de prise en charge illustrent la part du système de soins aux inégalités de santé.

Le nouveau Plan fait de **la réduction des pertes de chance** une priorité. Cela signifie :

- Maîtriser les délais dans l'ensemble des étapes de la prise en charge.
- Veiller à une organisation des soins garantissant la qualité, tout particulièrement pour les actes complexes ou les populations fragiles comme les enfants ou les personnes âgées.
- Veiller à la diffusion et à la mise en œuvre des recommandations pour lutter contre les risques d'écarts de pratique ayant un impact sur le pronostic.
- Garantir l'accès le plus large aux traitements innovants.
- Mettre en place une coordination des acteurs garantissant les approches pluridisciplinaires et limitant les ruptures préjudiciables de parcours.

Les délais entre la suspicion ou confirmation du diagnostic et la prise en charge doivent être homogénéisés et raccourcis et les malades mieux accompagnés dès leur parcours initial (errance et délais d'adressage très variables). Les délais de prise en charge sont un facteur pronostique pour les cancers du sein notamment et ils génèrent une anxiété évitable. Le délai moyen d'accès à une IRM, notamment, est aujourd'hui de 27 jours et les différences sont source d'inégalités. Le Plan renforce le suivi des délais et préconise d'en faire des indicateurs qualité publics. Il préconise un renforcement du parc d'IRM corrigeant les inégalités territoriales les plus marquées. Il prône un accès amélioré aux techniques de radiothérapie les plus adaptées dans des délais maîtrisés.

Le Plan déploie de nombreuses mesures pour **garantir la qualité des prises en charge pour tous**. Réaffirmant la place de la concertation pluridisciplinaire, condition importante d'une prise en charge de qualité, il instaure de nouveaux temps de concertation avec des acteurs élargis. Les établissements ultramarins pourront si nécessaire formaliser des liens avec des établissements de métropole hébergeant des RCP spécialisées.

Il mobilise différents leviers articulés pour favoriser les meilleures pratiques : un suivi de la qualité au travers d'indicateurs dédiés et publics, un renforcement des exigences du dispositif d'autorisation des établissements, la mise en place d'une gradation des soins précisant, notamment les conditions d'exercice pour les actes complexes. L'information et la transparence des données sur la qualité des soins sont un facteur majeur d'égalité.

De même, **le parcours de soins doit être adapté** quand des personnes vulnérables sont atteintes de cancers. Le dispositif d'annonce et la coordination des professionnels de santé ont alors une pertinence accrue : le Plan demande ainsi d'adapter les dispositifs d'annonce et de fin de traitement aux enfants et aux adultes porteurs d'une déficience intellectuelle, afin de favoriser leur compréhension et leur consentement éclairé aux propositions thérapeutiques.

Les enfants, adolescents et jeunes adultes, et les personnes âgées doivent accéder à des dispositifs adaptés à leurs spécificités, dont l'organisation doit encore évoluer pour assurer une bonne couverture territoriale. Cela vaut également pour les personnes à risque génétique pour qui l'offre de prise en charge en oncogénétique doit encore être améliorée, afin de permettre un raccourcissement des délais de réalisation des tests et une réduction des écarts sur le territoire.

Les soins de support doivent être accessibles à tous, le Plan fait de leur accessibilité un critère d'agrément. De la même façon, la préservation de la fertilité doit être une priorité pour l'ensemble des patients et particulièrement les plus jeunes.

Garantir un accès plus égalitaire et plus large à l'innovation et aux essais cliniques

Permettre à chaque patient de **bénéficier des innovations et du traitement le plus adapté** à sa situation, en s'inscrivant le cas échéant dans un essai clinique est un autre axe important de réduction des inégalités.

Le Plan cancer 2009-2013 avait porté une ambition forte en termes d'**inclusion dans les essais cliniques** que ce Plan souhaite encore amplifier. L'objectif est d'inclure 50 000 patients par an dans des essais cliniques. Pour garantir un accès équitable aux essais, le Plan préconise de mettre à la disposition des patients et du public les registres des essais cliniques et de rendre plus accessibles pour les cliniciens les essais en cours. Il veille à améliorer l'accès des patients des DOM aux essais en proposant d'ouvrir dans ces départements des centres investigateurs et de renforcer les moyens des équipes mobiles de recherche clinique, notamment au profit des DOM.

L'essor des inclusions suppose aussi que les conditions matérielles d'accès soient améliorées : d'où la proposition de faciliter transport et hébergement des patients participant à la recherche, notamment les enfants et leurs accompagnants.

Il s'agit également de poursuivre l'effort de développement de centres d'essais précoces pour une meilleure couverture territoriale (Nord, DOM) et de favoriser la création de centres dédiés aux enfants.

Éviter que les conséquences économiques et sociales de la maladie n'aggravent les inégalités

Le cancer impacte de façon majeure la vie de l'individu atteint. Au-delà des atteintes physiques et psychologiques, la maladie produit de profonds bouleversements dans l'ensemble des sphères de la vie personnelle. Il se traduit par de fortes répercussions sur la situation professionnelle. Le Plan cancer se doit d'agir sur l'ensemble de ces aspects au-delà de la seule dimension sanitaire. Il veut garantir la continuité de la vie personnelle. Il doit empêcher que la maladie n'accroisse les inégalités.

Prévenir les inégalités induites par le cancer, c'est veiller à ce que l'avenir des enfants et adolescents malades ne soit pas compromis. Le Plan veille à ce que **la continuité de la scolarité et des études** soit préservée, en mobilisant mieux des dispositifs d'appui existants et les ressources des nouvelles technologies (espaces numériques de travail, université numérique…) et en aménageant l'accès aux examens et concours.

C'est aussi garantir **le maintien ou le retour à l'emploi** des personnes malades. Parmi les personnes en activité lors de leur diagnostic, trois sur dix ont perdu ou quitté leur emploi deux ans après. Pour les personnes au chômage, le retour à l'emploi est rendu plus difficile. En outre, le cancer aggrave les inégalités dans l'emploi ; son impact négatif sur le maintien ou l'accès à l'emploi est accru pour les salariés ayant des métiers d'exécution par rapport aux métiers d'encadrement. Certains déclarent aussi avoir subi des discriminations (refus de promotion…).

Le Plan mobilise les leviers de l'emploi et de la formation et cherche à sensibiliser plus fortement le monde du travail (entreprises ou fonction publique). La formation professionnelle constitue un levier primordial pour l'adaptation ou la reconversion des personnes dont les facultés physiques ont pu être altérées par la maladie. L'objectif est de limiter le risque de placement en régime d'inaptitude temporaire ou définitive. Il prévoit également de renforcer l'information des entreprises quant à leurs obligations en matière d'aménagements de postes de travail rendus nécessaires par l'état de santé du salarié. Les services de santé au travail devront aborder cette obligation, notamment lors des visites de préreprise et de reprise.

Engager une réflexion sur certaines dispositions des codes du travail et de la sécurité sociale est nécessaire : conditions d'accès au temps partiel, aux congés pour les salariés malades ou les aidants familiaux, temps partiel annualisé, autant de dispositifs à mieux valoriser. Pour mobiliser l'ensemble des acteurs autour de cette problématique de l'emploi, le Plan appelle également à des Assises nationales dédiées à l'emploi des personnes courant un risque de désinsertion professionnelle en raison de leur santé.

Préserver la continuité de vie des personnes malades, c'est enfin éviter la fragilisation économique ou la paupérisation. **Atténuer les conséquences économiques du cancer** est un impératif qui doit mobiliser différents leviers, notamment amélioration des conditions d'accès aux **revenus de remplacement, réduction des restes à charge, facilitation de l'accès à l'emprunt et à l'assurance**.

Le Plan assouplit les conditions d'accès aux revenus de substitution en en ouvrant plus largement le bénéfice aux salariés ayant exercé une activité professionnelle restreinte ou morcelée. Il cherche également à améliorer la reconnaissance des cancers en maladie professionnelle.

Face aux restes à charge parfois importants qui pèsent sur les moyens des personnes malades, le Plan priorise certaines actions :

- Réduire les restes à charge souvent significatifs en matière de reconstruction mammaire après un cancer du sein. Plusieurs mécanismes seront mis en place ou déployés pour les atténuer comme ceux relatifs aux prothèses mammaires externes.

- Favoriser, dans les régions peu couvertes, l'augmentation de l'offre de reconstruction mammaire sans dépassement d'honoraires.

- Revaloriser le tarif de remboursement des prothèses capillaires dont les coûts sont aujourd'hui majoritairement supérieurs au montant du remboursement par l'Assurance maladie obligatoire.

- Atténuer les surcoûts pour la famille d'un enfant malade en améliorant les possibilités d'hébergement et l'accès aux prestations compensant les coûts de la maladie.

- Accroître les possibilités d'hébergement pour faciliter les prises en charge et l'accompagnement par les proches, notamment pour les personnes d'outre-mer. La situation particulièrement fragile des personnes sans domicile fixe atteintes de cancer doit être également prise en compte en développant l'offre de lits halte santé ou de lits d'accueil médicalisés facilitant une prise en charge continue.

- Objectiver les restes à charge des personnes atteintes de cancer est enfin une nécessité pour disposer de données guidant l'action.

Revendication majeure des anciens malades, **l'accès facilité aux emprunts et à l'assurance** dans le cadre de la convention AERAS est un objectif important du Plan avec une mesure forte, l'instauration d'un « droit à l'oubli », délai au-delà duquel les demandeurs d'assurance ayant un antécédent de cancer n'auront plus à le déclarer.

annexes

MÉTHODE D'ÉLABORATION DU PLAN CANCER 2014-2019

Annoncé par le président de la République François Hollande le 4 décembre 2012, le Plan cancer 2014-2019 a été élaboré sous le co-pilotage de la ministre des Affaires sociales et de la Santé et la ministre de l'Enseignement supérieur et de la recherche. À cet effet, un comité de pilotage a été constitué associant auprès d'elles ou leurs représentants, les directions d'administration centrale des deux ministères, le secrétaire général des ministères sociaux et l'Institut national du cancer. L'élaboration du Plan s'est faite sur un peu plus d'une année et s'est échelonnée en deux grandes phases.

Phase de recueil des attentes et d'orientation (janvier-août 2013)

Une mission d'orientation a été confiée à Jean-Paul Vernant, professeur d'hématologie à la Pitié Salpêtrière. Elle avait pour objectif, à partir de l'évaluation des Plans cancers précédents, de formuler des recommandations pour l'élaboration du nouveau Plan. La mission s'est organisée sous forme de groupes de travail auditionnant de nombreuses personnalités qualifiées, représentants d'institutions ou d'associations, en présence des ministères et de l'INCa. Le professeur Jean-Paul Vernant a remis aux ministres ses conclusions le 30 août 2013.

Parallèlement, près de 3 000 contributions ont été émises à titre individuel (personnes malades ou anciennes malades, proches, citoyens non concernés directement par le cancer, professionnels de santé, de la recherche, et du secteur social) et à titre collectif (associations de malades, sociétés savantes, syndicats et organisations professionnelles, fédérations hospitalières, entreprises privées…). Elles ont été recueillies via un espace dédié sur le site plan-cancer.gouv.fr et, pour plus de 2 000 contributions, par la Ligue contre le cancer via une plateforme internet « Pour que le Plan cancer III soit le nôtre ». Les membres du Comité des usagers et des professionnels de l'INCa et de son conseil d'administration ont également fait part de leurs attentes.

Enfin, le rapport final du Plan cancer 2009-2013 a été publié en août 2013 permettant de tirer des enseignements également utiles à la réflexion.

Phase de consolidation et de rédaction (septembre 2013-janvier 2014)

Dans un second temps, cinq groupes interministériels ont été mis en place par le comité de pilotage selon les axes annoncés par le président de la République : prévention et dépistage, recherche et innovation, prise en charge, formation et métiers, vie pendant et après le cancer. Ils ont été chargés d'étudier les attentes des parties prenantes et les propositions du professeur Jean-Paul Vernant notamment en termes de faisabilité et de mise en cohérence avec l'ensemble des politiques publiques et de faire des propositions d'actions opérationnelles. Pilotés par les ministères chargés de la santé et de la recherche, les groupes de travail étaient constitués des autres directions ministérielles impliquées dans le Plan cancer

– éducation nationale, travail et emploi, outre-mer – des agences sanitaires, de l'assurance maladie et ont associé des représentants des usagers et des malades, ainsi que des professionnels de santé en tant que personnalités qualifiées.

La rédaction du nouveau Plan cancer a été ensuite coordonnée par l'Institut national du cancer, sous la responsabilité du comité de pilotage et sur la base de l'ensemble des actions proposées par les groupes interministériels.

Il a été annoncé par le président de la République le 4 février 2014 aux rencontres de l'Institut national du cancer.

TABLE DES ABRÉVIATIONS

AAP	Appel à projets
ABM	Agence de la biomédecine
ACP	Anatomocytopathologie
ACSÉ	Agence nationale pour la cohésion sociale et l'égalité des chances
AcSé	Accès sécurisé à des thérapies ciblées innovantes (programme)
ADN	Acide désoxyribonucléique
AERAS	S'Assurer et emprunter avec un risque aggravé de santé (convention)
AIEA	Agence internationale de l'énergie atomique
ALD	Affection de longue durée
ANACT	Agence nationale pour l'amélioration des conditions de travail
ARACT	Agence régionale pour l'amélioration des conditions de travail
ANR	Agence nationale de la recherche
AMM	Autorisation de mise sur le marché
ANSES	Agence nationale de sécurité sanitaire de l'alimentation, de l'environnement et du travail
ANSM	Agence nationale de sécurité du médicament
ANRS	Agence nationale de recherche sur le sida et les hépatites B et C
AORTIC	African organisation for research and on cancer
APAD	Assistance pédagogique à domicile
ARS	Agence régionale de santé
ATIP	Action thématique et incitative sur programme
AVIESAN	Alliance pour les sciences de la vie et de la santé
BTP	Bâtiment et travaux publics
CARSAT	Caisse d'assurance retraite et de santé au travail
CCAM	Classification commune des actes médicaux
Constances	Consultants des centres d'examens de santé (cohorte)
CCLAT	Convention cadre pour la lutte anti-tabac (Organisation mondiale de la santé)
CMR	Cancérogènes et/ou mutagènes et/ou toxiques pour la reproduction
CPOM	Contrat d'objectifs et de moyens
CNAV	Caisse nationale d'assurance vieillesse
CNCT	Comité national contre le tabagisme
CNOM	Conseil national de l'ordre des médecins
CDAG	centre de dépistage anonyme et gratuit
CIDDIST	Centre d'information, de dépistage et de diagnostic des infections sexuellement transmissibles
CLIP^2	Centres labellisés INCa de phase précoce
CIRC	Centre international de recherche sur le cancer
CISS	Collectif inter-associatif de la santé
Cnamts	Caisse nationale d'Assurance maladie pour les travailleurs salariés
CMU	Couverture maladie universelle
CMU-C	Couverture maladie universelle complémentaire

CNED	Centre national d'enseignement à distance
COP	Contrat d'objectifs et de performance
CSAPA	Centres de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie
CEPS	Comité économique des produits de santé
CORETAH	Comité de réforme de la tarification hospitalière
3C	Centre de coordination en cancérologie
DOM	Département d'outre mer
DES	Diplôme d'études spécialisées
DCC	Dossier communicant de cancérologie
DMP	Dossier médical personnel
DPC	Développement professionnel continu
DGOS	Direction générale de l'offre de soins
Direccte	Directions régionales des entreprises, de la concurrence, de la consommation, du travail et de l'emploi
DSSIS	Délégation à la stratégie des systèmes d'information de santé
EHPAD	Établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes
EMRC	Équipe mobile de recherche clinique
EPST	Établissement public à caractère scientifique et technologique
ESAT	Établissement et service d'aide par le travail
ESPAD	European School Survey Project on Alcohol and Other Drugs (enquête)
EURATOM	European Atomic Energy Community
ETP	Éducation thérapeutique du patient
FNPEIS	Fonds national de prévention, d'éducation et d'information sanitaire
FUN	France université numérique
GICR	Global initiative for cancer
HAS	Haute Autorité de santé
HAD	Hospitalisation à domicile
HCSP	Haut Conseil de santé publique
HPV	Papillomavirus humain
IARC	International agency for research on cancer
IDE	Infirmier diplômé d'État
IDS	Institut des données de santé
INCa	Institut national du cancer
Inpes	Institut national de prévention et d'éducation pour la santé
Insee	Institut national de la statistique et des études économiques
Inserm	Institut national de la santé et de la recherche médicale
InVS	Institut de veille sanitaire
IRD	Institut de recherche pour le développement
IGRT	Image-Guided Radio-Therapy
IRM	Imagerie par résonance magnétique
IQSS	Indicateur de qualité et de sécurité des soins
IReSP	Institut de recherche en santé publique
ITMO cancer	Institut thématique multi-organismes sur le cancer

ITC	International tobacco control
MDPH	Maison départementale des personnes handicapées
MILDT	Mission interministérielle de lutte contre la drogue et la toxicomanie
MOOC	Massive open online course
NIR	Numéro d'inscription au répertoire des personnes physiques
OFDT	Observatoire français des drogues et des toxicomanies
OMEDIT	Observatoire du médicament, des dispositifs médicaux et des innovations thérapeutiques
OMS	Organisation mondiale de la santé
ONDPS	Observatoire national de la démographie des professions de santé
ORL	Oto-rhino-laryngologie
ORS	Observatoire régional de santé
PAI	Projet d'accueil individualisé
PIA	Programme d'investissments d'avenir
PARP	Poly (ADP ribose) polymérase
PAIR	Programme d'actions intégrées de recherche
PHRC	Programme hospitalier de recherche clinique
PLFS	Projet de loi de finances
PLFSS	Projet de loi de financement de la sécurité sociale
PMSI	Programme de médicalisation des systèmes d'information
PNNS	Programme national nutrition santé
PNREST	Programme national de recherche en environnement santé travail
PNSE	Plan national santé environnement
PRME	Programme de recherche médico-économique
PREPS	Programme de recherche sur la performance du système des soins
PPS	Programme personnalisé de soins
PPAC	Programme personnalisé d'après cancer
PSA	Prostate specific antigene
RNIPP	Répertoire national d'identification des personnes physiques
RTU	Référentiel temporaire d'utilisation
RCP	Réunion de concertation pluridisciplinaire
RRC	Réseau régional de cancérologie
RPIB	Repérage précoce et intervention brève
RCMI	Radiothérapie conformationnelle avec modulation d'intensité
SAMETH	Service d'appui au maintien dans l'emploi des travailleurs handicapés
SNIIRAM	Système national d'information interrégimes de l'assurance maladie
SUMPPS	Service universitaire de médecine préventive et de promotion de la santé
TEP	Tomographie par émission de positons
TDM	Tomodensitométrie
TROD	Test rapide d'orientation diagnostique
UCOG	Unité de coordination en oncogériatrie
UV	Ultraviolets (rayons)
VICAN	Vie après un cancer (enquête)

VADS	Voies aérodigestives supérieures
VIH	Virus de l'immunodéficience humaine
VHB	Virus de l'hépatite B
VHC	Virus de l'hépatite C

Le programme national de réduction du tabagisme 2014-2019

PLAN CANCER 2014-2019

Objectif 10

PROGRAMME NATIONAL DE RÉDUCTION DU TABAGISME 2014-2019

Liberté • Égalité • Fraternité
RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

MINISTÈRE
DES AFFAIRES SOCIALES,
DE LA SANTÉ
ET DES DROITS DES FEMMES

Préface

En France, plus de 13 millions de personnes fument quotidiennement. Nous ne pouvons plus nous résigner à ce que le tabac tue 73 000 personnes chaque année dans notre pays, soit l'équivalent d'un crash d'avion de ligne par jour, avec 200 passagers à bord ! Source de cancers, de maladies cardiovasculaires, d'insuffisance respiratoire, de maladies infectieuses, tuant un consommateur sur deux, le tabac nous confronte à une dramatique épidémie qui dure depuis presque un siècle. Nous ne pouvons plus accepter ce fléau qui tue vingt fois plus que les accidents de la route, alors même qu'il est évitable.

La situation empire alors que la législation contre le tabac s'est durcie au cours des dernières décennies. Ce constat m'incite à agir, mais d'une manière différente. Je ne crois pas à la mesure miracle qui réduira, à elle seule, le tabagisme. Plusieurs de nos voisins européens, s'appuyant sur la Convention-cadre de lutte antitabac de l'Organisation mondiale de la santé, que la France a ratifiée il y a dix ans, ont réussi à faire baisser le nombre de fumeurs en adoptant une stratégie coordonnée. Ce programme s'inscrit dans cet esprit, il s'agit d'un programme d'actions coordonnées ambitieux, rendu possible par la volonté exprimée le 4 février 2014 par le Président de la République à l'occasion de la présentation du plan cancer 2014-2019. Ce programme, mesure 10 du plan cancer 2014-2019, s'inscrit en cohérence avec les autres chantiers stratégiques du gouvernement, en particulier la stratégie nationale de santé et le plan gouvernemental de lutte contre les drogues et les conduites addictives 2013-2017. Il s'organise autour de trois axes forts :

- Je veux protéger les enfants et les jeunes pour qu'ils ne commencent pas à fumer. Il s'agira de poursuivre l'effort de débanalisation du tabac, de mener des actions de réduction de la promotion des produits du tabac et d'exposition des enfants au tabac.
- Il faut inciter les fumeurs à arrêter et les y aider. La plupart des fumeurs souhaitent arrêter leur consommation. Nous allons les accompagner et les soutenir, faciliter leur accès à l'information, à la prise en charge et aux traitements.
- Je souhaite agir concrètement sur l'économie du tabac pour la rendre plus transparente et qu'elle contribue à la lutte contre le tabac. La lutte contre le commerce illicite sera renforcée.

En nous donnant ces moyens concrets, nous poursuivons un objectif ambitieux : parvenir à ce que dans moins de 20 ans, les enfants qui naissent aujourd'hui soient la première « génération d'adultes sans tabac ». D'ici à cinq ans, la prévalence du tabac devra avoir diminué de 10% et, dans dix ans, être descendue sous la barre des 20% de fumeurs quotidiens.

La lutte contre le tabac est un combat de chaque instant. Le gouvernement et les acteurs publics, mais aussi toute la société, doivent prendre conscience des dégâts que ce produit cause et se mobiliser. Nous avons su le faire pour la sécurité routière, avec des résultats remarquables, nous saurons le faire pour le tabac.

J'ai choisi mon camp, celui de la santé publique, et je sais pouvoir compter sur le soutien des Français.

MARISOL TOURAINE

Ministre des Affaires sociales, de la Santé et des Droits des femmes

Sommaire

Préface 2
Sommaire 3
Synthèse 4
Repères : le tabac, une épidémie mortifère 7
Les actions du PNRT 12
Axe 1 : Protéger les jeunes et éviter l'entrée dans le tabac 12
Axe 2 : Aider les fumeurs à s'arrêter 18
Axe 3 : Agir sur l'économie du tabac 24
Accompagner la réalisation du programme 29
Gouvernance du PNRT 29
Observation, recherche appliquée et évaluation au service du PNRT 33
Lutter contre le tabac en région 37
Dimensions internationales du PNRT 40
Articulation du PNRT avec d'autres actions gouvernementales 42
Annexe 1 : Glossaire 47
Annexe 2 : Documents de référence 49
Bibliographie 49
Sitographie 51
Annexe 3 : Méthode d'élaboration du PNRT 53
Annexe 4 : Membres du comité de pilotage et du comité technique 54

Synthèse

Lors de la présentation du plan cancer 2014-2019, le président de la République a confié à la ministre des affaires sociales et de la santé l'élaboration d'un programme national de réduction du tabagisme (PNRT), objectif 10 du plan cancer 2014-2019.

Le tabac demeure la première cause de mortalité évitable en France. Il s'agit d'une épidémie durable et silencieuse, pourtant responsable de plus d'un décès sur huit en France. 73 000 décès par an sont liés au tabac (44 000 morts par cancer, 18 000 par maladies cardiovasculaires, 8 000 par maladies de l'appareil respiratoire, 3 000 par maladies infectieuses). Ces décès représentent 22% de la mortalité masculine et 5% de la mortalité féminine. Le tabac génère près de vingt fois la mortalité routière. Cela équivaut au crash quotidien d'un avion de ligne de 200 places.

En France, alors qu'auparavant elle diminuait, la part des fumeurs a augmenté entre 2005 et 2010. Ainsi, chez les personnes de 15 à 75 ans, la proportion de fumeurs quotidiens est passée de 27% à 29,1% entre 2005 et 2010. Chez les adolescents de 17 ans, elle est passée de 28,9% en 2008 à 31,5% en 2011.

Ces constats alarmants ont conduit à l'élaboration d'un premier programme national de réduction du tabagisme visant un résultat et poursuivant une ambition. Le résultat visé est une réduction du nombre de fumeurs quotidiens d'au moins 10% entre 2014 et 2019, soit passer de 29,1% de fumeurs quotidiens à moins de 26,2%. Ensuite, il s'agira de passer sous la barre des 20% de fumeurs quotidiens d'ici à 2024. L'ambition que le PNRT poursuit est de n'être que la première étape d'un effort soutenu permettant que les enfants nés en 2014, qui auront dix-huit ans en 2032, soient la première génération « sans tabac », c'est-à-dire au sein de laquelle 95% des personnes soient non fumeuses.

Pour parvenir à l'objectif fixé (baisse de 10% du nombre de fumeurs d'ici à 2019), trois axes d'intervention ont été identifiés :

1. Protéger les jeunes et éviter l'entrée dans le tabac,
2. Aider les fumeurs à s'arrêter,
3. Agir sur l'économie du tabac.

Protéger les jeunes et éviter l'entrée dans le tabac

Le tabac s'avère un produit particulièrement addictif. Une fois la consommation initiée, l'arrêt en est très difficile. Or, environ 80% des fumeurs ont commencé à fumer lorsqu'ils étaient mineurs. Réduire la part de nos enfants qui s'engagent dans une consommation régulière de tabac doit donc être une priorité.

Pour ce faire, il faut rendre les produits du tabac moins attractifs, notamment en mettant en place le paquet neutre standardisé, en agrandissant les avertissements sanitaires (de 35% à 65%), en interdisant les arômes dans les produits du tabac et la publicité sur le lieu de vente. La directive

2014/40 sur les produits du tabac du 3 avril 2014 sera transposée dans les meilleurs délais afin que son application soit effective dès le 20 mai 2016.

Il est aussi nécessaire d'améliorer le respect de l'interdiction de vente de produits du tabac aux mineurs. L'habilitation des polices municipales pour contrôler cette interdiction permettra d'y parvenir.

Depuis le renforcement de l'interdiction de fumer dans les lieux collectifs, la France a connu une réduction significative du tabagisme passif. Toutefois, des améliorations importantes restent nécessaires. Il s'agit, d'une part, de renforcer le respect des interdictions existantes par une habilitation des polices municipales à effectuer ces contrôles, et, d'autre part, d'étendre les lieux où il est interdit de fumer, en particulier ceux où sont présents des enfants (espaces publics de jeux, véhicules en présence d'un mineur de moins de douze ans). De plus, il est prévu de rendre exemplaires les ministères sociaux (santé, affaires sociales, travail, jeunesse et sports) et leurs administrations.

Enfin, le recours aux dispositifs électroniques de vapotage avec nicotine pour les non-fumeurs peut présenter un risque d'induire des dépendances à la nicotine, en particulier chez les plus jeunes. La protection de ces derniers apparaît nécessaire par un contingentement de la publicité et une interdiction d'usage de ces produits dans certains lieux collectifs.

Aider les fumeurs à s'arrêter

La majorité des fumeurs regrette de s'être engagée dans cette consommation et exprime le souhait de s'arrêter. Favoriser leur entrée dans une démarche d'arrêt passe par la mobilisation de nombreux professionnels et structures pour aider les fumeurs : professionnels de santé et professionnels socio-éducatif pour repérer les fumeurs susceptibles de s'arrêter et les orienter en ville et à l'hôpital, pour proposer un conseil et un traitement, notamment aux malades atteints d'un cancer. La CNAMTS portera l'inclusion d'un objectif « sevrage du tabac » dans la rémunération sur objectif de santé publique des médecins généralistes. Les CSAPA[1], CJC[2] et CES[3] évolueront pour offrir une aide gratuite de proximité d'accompagnement vers l'arrêt du tabac.

Un effort de communication et d'aide à distance sera fourni afin de motiver les fumeurs à s'arrêter. Outre une communication importante en direction des fumeurs pour montrer les méfaits du tabac, des actions seront entreprises pour mieux faire connaitre le dispositif Tabac Info Service (le 3989 et le site tabac-info-service.fr) et développer l'e-coaching. Un pictogramme « grossesse sans tabac » sera également mis en place sur tous les contenants de tabac afin de mieux avertir les femmes et leurs compagnons des conséquences sanitaires du tabagisme sur la grossesse et l'enfant à naître.

L'accessibilité des traitements d'aide au sevrage reste imparfaite et doit être améliorée. Le forfait d'aide au sevrage sera triplé pour les jeunes de 25 à 30 ans, les personnes souffrant de cancer et les bénéficiaires de la couverture maladie universelle complémentaire (CMU-C). Des amorces de traitements d'aide au sevrage seront mises à disposition gratuitement dans les structures recevant des populations en situation de précarité et à forte prévalence de tabagisme afin de contribuer à développer l'accessibilité de ces traitements.

[1] CSAPA : Centre de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie
[2] CJC : Consultation jeune consommateur.
[3] CES : Centre d'examen de santé de l'Assurance maladie.

Agir sur l'économie du tabac

La France se caractérise par un réseau dédié de vente, les buralistes, et par un prix unique de chaque produit du tabac sur l'essentiel du territoire national. La protection des prix pratiqués en France requiert une lutte contre le commerce illicite. Un plan interministériel de lutte contre le commerce illicite des produits du tabac permettra de rendre plus efficace une politique fiscale du tabac au service de la santé publique.

L'ambition du PNRT et les objectifs fixés imposent d'accroître les moyens dédiés à la lutte contre le tabac. Pour ce faire, un fonds dédié aux actions de lutte contre le tabac sera créé qui permettra de financer des actions nouvelles. Pour ce faire, la mise à contribution de l'industrie du tabac sera étudiée

Enfin, une plus grande transparence des activités de communication et de lobbying des industriels du tabac est nécessaire afin de mettre fin au travail de promotion directe (publicité sur le lieu de vente) et indirecte (placement de produit, financement d'activités culturelles, etc.) orchestré par les industriels en dépit de la législation française en matière de publicité. A l'instar de ce qui a été fait pour l'industrie du médicament, les pratiques de communication et de lobbying de l'industrie du tabac devront donc être rendues publiques, ce qui permettra également de lutter contre l'ingérence de l'industrie du tabac dans les politiques publiques et de se conformer à la Convention cadre de lutte contre le tabac de l'OMS (CCLAT), ratifiée par la France.

Afin d'assurer le pilotage de la réalisation du PNRT ainsi que la coordination et la concertation avec l'ensemble des acteurs concernés, un comité national de pilotage, présidé par le directeur général de la santé, et un comité national de coordination, co-présidé par le directeur général de la santé et la présidente de la Mission interministérielle de lutte contre les drogues et les conduites addictives, seront créés, en lien avec le comité interministériel pour la santé (CIS). Le financement des actions nouvelles du PNRT, en dehors de la prise en charge des soins et des médicaments, s'appuiera sur un fonds dédié à la lutte contre le tabac.

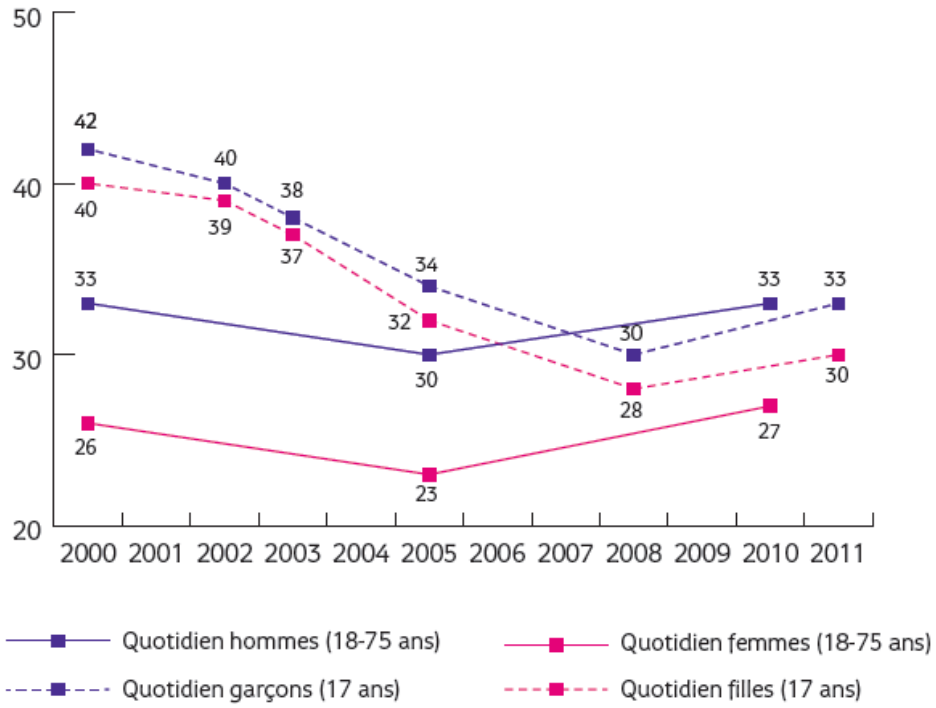
Repères : le tabac, une épidémie mortifère

Le tabac demeure la première cause de mortalité évitable (liée à un facteur de risque et survenant avant 65 ans). Il génère plus de 70 000 décès chaque année, soit près de vingt fois la mortalité routière, ou le crash quotidien d'un avion de ligne de 200 places. Il s'agit d'une épidémie silencieuse, pourtant responsable d'un décès sur huit en France.

Consommation de tabac : la France toujours à un niveau très élevé

Alors qu'auparavant elle diminuait, notamment grâce aux efforts conduits dans le cadre du Plan Cancer I (2003-2008), la part des fumeurs en France a augmenté entre 2005 et 2010. Chez les personnes de 15 à 75 ans, la proportion de fumeurs quotidiens est passée de 27% à 29,1% entre 2005 et 2010. Chez les adolescents de 17 ans, elle est passée de 28,9% en 2008 à 31,5% en 2011.

ÉVOLUTION DE L'USAGE QUOTIDIEN DE TABAC À 17 ANS CHEZ LES ADULTES (18-75 ANS), SELON LE SEXE, ENTRE 2000 ET 2011 (EN %).



SOURCE : BAROMÈTRES SANTÉ 2000 ET 2010 (INPES) POUR LES ADULTES, ESCAPAD 2000 À 2011 (OFDT) POUR LES JEUNES DE 17 ANS.

Parmi les 11-75 ans, le nombre de fumeurs quotidiens est estimé à 13,4 millions en 2010-2011. En 2014, les hommes sont plus souvent consommateurs de tabac que les femmes. Les inégalités sociales se creusent de manière préoccupante. Si le tabagisme recule chez les plus diplômés (20,2%) et les personnes aux revenus les plus élevés (22,2%), il reste élevé chez les personnes au chômage (48,2%) et chez les personnes ayant un revenu bas (36%).

En revanche, les femmes enceintes sont moins nombreuses à fumer en 2010 qu'en 2003. Avant la grossesse, 30,5% des femmes ont fumé au moins une cigarette par jour contre 35,9% en 2003. Pendant la grossesse, 17,1% des femmes ont fumé alors qu'elles étaient 21,8% en 2003. Cependant, la prévalence du tabagisme quotidien au cours du troisième trimestre de la grossesse reste à un niveau très élevé (17,7%).

Selon l'Eurobaromètre spécial tabac mené en 2012 auprès d'un millier d'individus dans chaque pays, la France se situerait dans la moyenne européenne (28% de fumeurs actuels), mais parmi les pays les plus consommateurs d'Europe de l'Ouest. L'Angleterre est passée début 2014 sous la barre des 20% de fumeurs, un niveau que le Canada (17% de fumeurs actuels), la Nouvelle-Zélande (18%) ou l'Australie (12,8% fumeurs quotidiens en 2013) ont déjà franchi depuis plusieurs années.

Les conséquences du tabac : un fardeau sanitaire, un coût social majeur

Les conséquences sanitaires

Les risques pour la santé engendrés par le tabac sont nombreux et divers. Ils concernent aussi bien les fumeurs (tabagisme actif) que les personnes exposées à la fumée de tabac (tabagisme passif).

En termes de morbidité, le tabac augmente le risque de survenue de nombreuses pathologies en en particulier les cancers. Ainsi les risques des cancers suivants augmentent avec le tabac : poumons, cavité buccale, pharynx, larynx, œsophage pancréas, vessie, reins, estomac, foie, col de l'utérus et leucémie myéloïde. Particulièrement emblématiques, 90% des cancers du poumon survenant en France sont liés au tabac.

Le tabagisme augmente le risque de maladies cardiovasculaires (infarctus du myocarde, accident vasculaire cérébral, artérite des membres inférieurs), de sclérose en plaque et de sclérose latérale amyotrophique. C'est également le principal facteur de risque de broncho-pneumopathie chronique obstructive.

Chez la femme enceinte, le tabagisme peut provoquer des retards de croissance avec un poids de naissance inférieur à la normale, des naissances prématurées ainsi qu'une mortalité périnatale ou néonatale augmentée. Le tabagisme des parents augmente le risque de mort subite du nourrisson. Il a des conséquences ultérieures sur la santé de l'enfant et sa vulnérabilité face au tabagisme.

D'autres effets du tabac sont moins repérés, mais également délétères : aggravation de nombreuses maladies chroniques (p. ex : diabète), augmentation des complications péri-opératoires, diminution de l'efficacité de certains traitements (antihypertenseurs, chimiothérapies anticancéreuses), etc.

Il est estimé que 73 000 décès par an sont liés au tabac, soit 13% des décès survenant en France (44 000 morts par cancer, 18 000 par maladies cardiovasculaires, 8 000 par maladies de l'appareil respiratoire, 3 000 par maladies infectieuses). Ces décès représentent 22% de la mortalité masculine et 5% de la mortalité féminine. Selon l'InVS, l'incidence du cancer du poumon chez les femmes a été multipliée par 5.3 entre 1980 et 2012 et se positionne désormais au 2^{e} rang en termes de mortalité par cancer (8 700 décès par an). La moitié des décès dus au tabac survient chez des personnes âgées de 30 à 69 ans. La consommation de tabac réduit l'espérance de vie de 20 à 25 ans par rapport à celle d'un non-fumeur.

Les conséquences économiques

Les coûts sociaux du tabac ont été estimés à 47 milliards d'euros pour l'année 2003, dont 18 milliards de coûts de santé. Les coûts sanitaires directs du tabagisme pour l'assurance maladie sont très insuffisamment connus. Une étude réalisée en 2010 par la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés (CNAMTS) estime, dans une évaluation qui demeure très partielle (trois groupes de maladies étudiés), à au moins 12 milliards d'euros par an la charge pour la seule branche maladie du régime général de sécurité sociale.

Les ventes et la fiscalité du tabac

La France continentale se caractérise par l'existence d'un réseau spécifique de vente de produits du tabac, le réseau des buralistes, ainsi que par l'existence d'un prix unique pour chaque produit du tabac sur tout le territoire.

En 2013, 58 309 tonnes de tabac ont été vendues. Cet indicateur diminue depuis 2012, après des années de stabilité autour de 64 500 tonnes.

EVOLUTION COMPAREE DES VENTES DE CIGARETTES ET DU PRIX ANNUEL MOYEN DU PAQUET DE CIGARETTES DE LA MARQUE LA PLUS VENDUE, ENTRE 2000 ET 2013

Sources : Ventes de tabac (Logista France/DGDDI) –OFDT/INPES

Comment agir ?

Le tabac est un défi majeur pour la santé publique et la société dans son ensemble. Comme en témoignent ses archives internes et les publications auxquelles elles ont donné lieu, l'industrie du tabac mène de longue date un travail cynique pour vendre ses produits. Elle parvient à manipuler de jeunes mineurs, dont le cerveau reste en développement et particulièrement sensible aux substances psychoactives, pour les amener à consommer un produit dont la puissance addictogène demeure hors du commun. Ils deviennent dépendants et de fidèles consommateurs pour une grande partie de leur vie qui sera largement écourtée du fait de cette consommation. Notre société ne peut l'accepter sans réagir.

L'engagement ancien de la France dans la lutte contre le tabac

La France est depuis longtemps engagée dans la lutte contre le tabac. Dès 1976, la loi Veil, en avance sur son temps bien que d'application imparfaite, limite la publicité, prévoit la mise en place d'avertissements sanitaires, et crée des zones fumeurs et des zones non-fumeurs. En 1991, la loi Évin interdit toute publicité directe ou indirecte du tabac, extrait ce dernier de l'indice des prix à la consommation, et établit le principe de la protection des non-fumeurs. En 2003, une augmentation de 40% du prix des cigarettes est décidée par le gouvernement, provoquant en deux ans une chute sans précédent de 32% des ventes. En 2007 et 2008, suite à la publication d'un décret en 2006, la consommation de tabac dans des espaces collectifs disparait presque totalement en France. En ratifiant la CCLAT en 2004, la France a confirmé son engagement à lutter contre le tabac. En choisissant de prendre pour exemple la politique française d'augmentation des prix du tabac, l'Organisation mondiale de la santé a d'ailleurs reconnu à l'occasion de la Journée mondiale sans tabac 2014 l'efficacité de notre action passée en matière de lutte contre le tabac.

Mais dans la période 2008-2011, la lutte contre le tabac n'a plus été une priorité et malgré les efforts antérieurs, la consommation de tabac en 2014 demeure à un niveau préoccupant en France.

Le tabac n'est pas un produit comme un autre. L'ampleur des dégâts qu'il provoque nécessite une riposte continue. L'occasion est donnée pour la première fois en France de mettre en place un programme pluriannuel ambitieux et structuré de lutte contre le tabac.

Les ambitions du PNRT

Objectifs du PNRT

Les objectifs de la dynamique engagée par ce premier programme national de réduction du tabagisme sont :

1) Dans 5 ans (2019) : la part de fumeurs quotidiens doit avoir diminué de 10% (de 29,1% à moins de 26,2%) ;

2) Dans 10 ans (2024), elle devra être descendue sous la barre des 20% de fumeurs quotidiens ;

3) Dans moins de 20 ans (2032), que les enfants nés aujourd'hui soient la première génération d'adultes non-fumeurs (<5% de fumeurs).

Les axes d'intervention du PNRT

1) Protéger les jeunes et éviter l'entrée dans le tabac.

2) Aider les fumeurs à s'arrêter.

3) Agir sur l'économie du tabac.

Les actions du PNRT

Axe 1 : Protéger les jeunes et éviter l'entrée dans le tabac

Le démarrage d'une consommation régulière de tabac est le fruit d'éléments sociaux (la famille, les pairs), environnementaux (offre et marketing des produits du tabac), individuels (psychologiques et physiologiques). La dépendance s'installe rapidement après le début de la consommation chez une majorité de fumeurs et ce, d'autant plus que celle-ci est précoce. Elle traduit l'installation de modifications profondes au cœur du système nerveux central et engendre un syndrome de sevrage désagréable en cas d'arrêt de la consommation.

En France, l'initiation au tabac a lieu en moyenne à 14 ans. À l'adolescence, la progression de l'expérimentation du tabac est rapide : plus de 25% des jeunes de 13 ans, 55% des jeunes de 15 ans et 63% des jeunes de 16 ans. Le tabac est le produit psychoactif le plus consommé quotidiennement à l'adolescence. En 2011, 23% des jeunes de 16 ans et 31,5% des jeunes de 17 ans étaient des fumeurs quotidiens. La France se situe parmi les pays qui comptent le plus de jeunes fumeurs. L'enquête Espad auprès d'adolescents scolarisés en 2011, situe la France (38%) très au dessus de la moyenne (28%) quant à la fréquence de fumeurs de 15/16 ans au cours des trente jours écoulés. Le Royaume-Uni (23%), l'Irlande (21%), la Norvège (14%) ou les États-Unis (12%) se situaient bien en deçà, soulignant l'importante marge de progression de notre pays.

Quatre fumeurs sur cinq ayant commencé à fumer avant 18 ans, la réduction de la prévalence du tabagisme en France passe nécessairement par la protection des jeunes vis-à-vis du tabac, de manière à éviter que ceux-ci s'engagent dans un tabagisme régulier. Cette protection est globale, elle passe autant par la débanalisation du tabac dans la société que par une diminution de l'accessibilité du tabac pour les mineurs ou encore par une éducation à la santé et une communication dédiée.

L'ambition du PNRT est que les enfants qui naissent en 2014 soient la première « génération sans tabac » une fois adultes, en 2032. Sa concrétisation contribuera à faire baisser de manière substantielle la part de fumeurs dans la population générale.

Pour ce faire, 4 leviers sont identifiés:

- Rendre les produits du tabac moins attractifs
- Renforcer le respect de l'interdiction de fumer dans les lieux collectifs et étendre les lieux où il est interdit de fumer
- Encadrer les dispositifs électroniques de vapotage
- Améliorer le respect de l'interdiction de vente aux mineurs,

Levier 1 : Rendre les produits du tabac moins attractifs

4 actions :

- Mettre en place le paquet neutre standardisé pour les cigarettes et le tabac à rouler ;
- Renouveler, agrandir et repositionner les avertissements sanitaires (65% de la surface, placés en haut, nouveaux textes et images) des conditionnements des cigarettes et de tabac à rouler, conformément à la directive 2014/40/UE ;
- Interdire la publicité pour le tabac dans les lieux de vente ;
- Interdire les arômes perceptibles dans les produits du tabac, conformément à la directive 2014/40/UE.

Le paquet de cigarettes, vu près de 7 000 fois par an par un fumeur régulier mais aussi par son entourage, est, jusqu'à présent, un vecteur publicitaire important. Comme en attestent les documents internes des fabricants de tabac, révélés suite aux procès engagés aux Etats-Unis contre l'industrie du tabac, le paquet de cigarettes est un support de communication essentiel (« *étant donné l'interdiction totale de faire de la publicité, le paquet de cigarettes sera le support pour assurer l'impact visuel du produit ainsi que l'image de la marque* » 1986 ; *« Certaines femmes admettent qu'elles achètent Virginia Slims, Benson and Hedges, etc., lorsqu'elles sortent le soir pour répondre au désir de paraître plus féminine (...) un emballage féminin plus tendance peut accentuer la pertinence de nos marques » (*1992) ; *« ... si vous fumez, un paquet de cigarettes est l'une des rares choses que vous utilisez régulièrement qui constituent une déclaration de soi. Un paquet de cigarette est la seule chose que vous sortez de votre poche 20 fois par jour et que vous exhibez à la vue de tous.» (*1995) *;*
A travers ses logos, ses couleurs (rose, blanche, noire etc.), ses visuels (paquet phosphorescent, paquets collector…), sa forme (d'étui à rouge à lèvre ou de cigarettes « slim »), les mentions qui y sont écrites, le paquet véhicule une image attractive qui incite à fumer, en particulier les jeunes et les femmes très sensibles au design des produits, induit en erreur les consommateurs sur la nocivité des produits, et entretient l'image de la marque de tabac. L'uniformisation (forme, dimensions, couleur, police d'écriture, interdiction des logos ou autres signes distinctifs) de la présentation des paquets de cigarettes et de tabac à rouler, permet de réduire leur attractivité et de renforcer la visibilité et la force préventive des avertissements sanitaires qu'ils arborent.
Le paquet neutre combiné avec des avertissements visuels de grande taille, en comparaison avec un paquet « marketé » entraine les effets suivants :

- donne moins envie d'être acheté par les jeunes ;
- donne moins envie aux jeunes de commencer à fumer ;
- augmente les envies d'arrêter de fumer et de diminuer des fumeurs ;
- donne moins envie aux fumeurs de fumer en public ;
- renforce les non-fumeurs dans leur souhait de ne pas commencer à fumer ;
- donne plus envie de cacher le paquet de cigarettes ce qui contribue à dénormaliser le produit et à réduire la visibilité de ce produit pour des enfants ;
- rend moins sexy et glamour l'acte de fumer, réduit le plaisir de fumer ;
- annihile la fonction marketing de l'emballage et l'attractivité de la marque ;
- évite la désinformation des consommateurs quant à la réelle dangerosité du produit ;

- augmente la perception de la dangerosité du produit ;
- augmente l'efficacité des avertissements sanitaires ;

L'Australie a mis en place le paquet neutre standardisé le 1er décembre 2012 pour l'ensemble des produits du tabac (cigarettes, tabac à rouler, cigares..) en complément d'un large panel de mesures de lutte contre le tabac développées depuis 40 ans. Les données scientifiques recueillies montrent des évolutions très positives. Les appels à la ligne téléphonique d'aide à l'arrêt ont augmenté significativement (+ 78%) dans les semaines suivant l'apparition des paquets neutres sur le marché australien. Une étude observationnelle avant/après a montré qu'après l'introduction du paquet neutre, les clients fumeurs des cafés avaient moins tendance à fumer en extérieur et à laisser leurs paquets en évidence à la vue de tous. Cette mesure bénéficie d'un soutien de la population australienne y compris chez les fumeurs, qui étaient 28% à approuver la mesure avant et 49% après sa mise en place. Les données récentes sur les niveaux de consommation suggèrent que le paquet neutre concourt à renforcer l'impact de la politique globale menée par l'Australie, où la prévalence du tabagisme continue de diminuer, passant de 15.1% en 2010 à 12.8% en 2013 dans la population de 14 ans et plus. D'autres pays s'engagent dans cette dynamique. Ainsi au sein de l'Union européenne, l'Irlande et l'Angleterre ont engagé un processus législatif visant à mettre en place le paquet neutre standardisé.

Le renouvellement, l'évolution des dimensions (de 35% à 65%) des avertissements sanitaires, ainsi que leur positionnement en haut du paquet permettront une meilleure visibilité et lisibilité par les fumeurs et les non fumeurs. Cela contribuera à une meilleure information des citoyens dans leur ensemble, et en particulier des jeunes non fumeurs, sur les méfaits induits par le tabac.

La publicité pour le tabac a pendant plusieurs décennies contribué très largement à véhiculer dans l'imaginaire collectif une image positive, tendant à associer la consommation de tabac au bonheur, à la liberté, au succès, au pouvoir ou à la séduction, et à banaliser le fait de fumer. Si la publicité directe (sauf dans les lieux de ventes) et indirecte pour les produits du tabac, y compris par l'intermédiaire du parrainage, est interdite en France depuis la loi Evin en 1991, le tabac continue de faire l'objet d'une promotion qui cible particulièrement les jeunes mais aussi les femmes. Ainsi, les industriels rivalisent d'ingéniosité pour maintenir l'attractivité des produits du tabac, à travers notamment le marketing des conditionnements, les produits du tabac eux-mêmes (cigarettes dites « convertibles » renfermant une capsule diffusant un arôme…) et la publicité sur le lieu de vente. La publicité sur le lieu de vente expose des personnes non fumeuses, en particulier les jeunes, venues acheter un produit autre que du tabac, à des messages publicitaires incitant à consommer du tabac. Il apparaît donc cohérent de les interdire pour protéger les jeunes et adolescents et réduire une incitation à entrer dans le tabagisme.

Enfin, l'étude des documents internes de l'industrie du tabac, de même que nombre d'études scientifiques, démontrent que des additifs aromatiques (menthol , cacao, réglisse,..) sont utilisés dans les produits du tabac pour atténuer l'âpreté du tabac, masquer le goût désagréable des premières cigarettes pour attirer les jeunes, atténuer l'irritation liée à la fumée et faciliter l'inhalation, en vue de faciliter l'absorption de la nicotine et au final d'accroitre la dépendance. La transposition des mesures de la directive 2014/40/UE permettra d'interdire le recours aux arômes perceptibles qui visent à faciliter l'initiation des jeunes à la consommation de tabac.

Levier 2 : Etendre les lieux où il est interdit de fumer et renforcer le respect de l'interdiction de fumer dans les lieux collectifs

3 actions :

- Interdire de fumer dans un véhicule en présence de mineurs de moins de 12 ans,
- Interdire de fumer dans les espaces publics de jeux dédiés aux enfants,
- Habiliter les polices municipales à contrôler l'interdiction de fumer dans les lieux publics,

L'inhalation involontaire par une personne de la fumée dégagée par un ou plusieurs fumeurs (tabagisme passif), constitue un risque important pour la santé, du fait des très nombreux irritants, toxiques et substances cancérogènes que contient la fumée. Chez les enfants, les principaux effets du tabagisme passif sont une augmentation du risque de mort subite du nourrisson (+100% si la mère fume), d'infections respiratoires (+55%), d'otites (+38%) et d'asthme (+32%).

L'exposition des enfants à la consommation de tabac dans des espaces collectifs publics et privés est également un facteur de normalisation de celle-ci. Ainsi, les enfants les plus exposés à la consommation de tabac par leur entourage deviendront plus expérimentateurs puis plus fumeurs. L'entourage des enfants et la société dans son ensemble doivent développer un rôle d'exemplarité vis-à-vis des jeunes générations pour débanaliser la consommation de tabac.

L'article 8 de la Convention-cadre de lutte anti-tabac (CCLAT) de l'OMS prévoit que chaque Partie signataire adopte, applique et encourage activement les mesures efficaces prévoyant une protection contre l'exposition à la fumée du tabac dans les lieux publics. L'interdiction de fumer dans les lieux collectifs contribue à protéger les non fumeurs, en particulier les enfants, et à faire que la consommation de tabac dans ces lieux ne fasse plus partie des habitudes sociales.

La loi Veil de 1976, la loi Évin de 1991 puis le décret du 15 novembre 2006 se sont attachés à interdire progressivement de fumer au sein des espaces collectifs fermés. C'est ainsi que la France a connu une réduction significative de l'exposition à la fumée des autres, en particulier depuis 2006, notamment sur les lieux de travail, dans les transports en commun et les lieux de loisirs.

Si l'interdiction de fumer dans les lieux à usage collectif est globalement respectée et bénéficie d'une forte acceptabilité sociale, elle se heurte encore à un moindre respect dans certains lieux (bars, boites de nuit, voir enquêtes ITC[4]). Ce respect inégal résulte en partie du faible nombre de contrôles des fumeurs comme des responsables de lieux collectifs fermés. En 2011, seules 382 condamnations ont été prononcées pour violation de l'interdiction de fumer, 178 pour absence de signalisation de l'interdiction de fumer, et 582 pour action favorisant sciemment la violation de l'interdiction de fumer. Une augmentation du nombre de contrôles apparaît nécessaire, et l'habilitation des policiers municipaux à exercer ces contrôles devrait en faciliter le respect.

Dans d'autres lieux la situation est susceptible d'être améliorée. Il convient donc d'amplifier la dynamique positive enclenchée depuis huit ans en étendant les lieux où il est interdit de fumer, particulièrement ceux où sont présents des mineurs (espaces publics de jeux, véhicules). En effet, dans les véhicules utilisés par des fumeurs par exemple, la concentration de particules fines est 10

[4] « International Tobacco Control » (ITC) : étude de cohorte internationale, auquel la France participe visant à évaluer l'impact psychologique et comportemental des principales dispositions de la CCLAT.

fois plus élevée et dépasse de plus de 3 fois le seuil moyen admis par l'Organisation mondiale de la Santé (OMS).

Levier 3 : Encadrer les dispositifs électroniques de vapotage

2 actions :

- Interdire le vapotage dans certains lieux collectifs,
- Restreindre la publicité en faveur des dispositifs électroniques de vapotage : rappeler les modalités possibles de publicité dans une circulaire puis interdire la publicité pour ces produits et les liquides associés.

Le marché des dispositifs électroniques de vapotage connaît une très forte croissance, notamment grâce à de nombreuses publicités, qui ont participé à faire connaître ces dispositifs au grand public. Il est estimé qu'en 2014 entre 1,2 et 1,5 millions de personnes, pour la plupart des fumeurs ou ex-fumeurs vapotent quotidiennement.

Ces dispositifs pourraient représenter une aide au sevrage tabagique pour les fumeurs qu'il convient de prendre en compte ; un développement des connaissances doit permettre de mieux connaître leurs caractéristiques, leurs effets sur l'aide au sevrage du tabac et leurs éventuels effets nocifs (cf. axe 2).

Un encadrement apparaît toutefois nécessaire dès à présent pour en protéger les jeunes et les non-fumeurs, compte tenu du potentiel addictif lié à la présence de nicotine dans une grande partie des liquides et dispositifs jetables. L'interdiction de vente aux mineurs dès 2014 a été un premier pas nécessaire mais qui doit être complété.

Les publicités pour ces produits se sont développées de manière conséquente et désordonnée, ne respectant pas le cadre actuel de la législation, en particulier les limites fixées par le code de la santé publique (CSP). En effet, les publicités pour ces produits ne sont autorisées que si elles ne constituent pas une publicité indirecte pour le tabac (par un slogan, un logo, un visuel ou autre) ou une publicité pour un médicament, en les présentant comme une aide au sevrage. La directive 2014/40/UE sur le tabac et les produits connexes, publiée en avril 2014, imposera à compter de mai 2016 une interdiction totale de la publicité, sauf par affichage, pour les cigarettes électroniques contenant de la nicotine.

Le rappel de l'état du droit et des conditions dans lesquelles la publicité pour ces produits ne respecte pas les limites fixées par le code de santé publique sera fait par voie de circulaire. Ensuite, en cohérence avec l'article 20 de la directive 2014/40, une interdiction globale de la publicité sera inscrite dans la loi pour les dispositifs électroniques de vapotage et les recharges, avec ou sans nicotine.

La conduite à tenir concernant le vapotage dans les lieux collectifs où il est interdit de fumer suscite de nombreux débats. Les connaissances scientifiques ne permettent pas de conclure, à l'heure actuelle, sur les effets sanitaires d'une exposition passive aux vapeurs dégagées par les cigarettes électroniques. Cependant, la cigarette électronique présente des similitudes avec la cigarette traditionnelle, notamment la gestuelle et parfois l'aspect visuel qui peuvent rappeler l'acte de fumer.

En conséquence, ces produits pourraient potentiellement contribuer à renormaliser l'acte de fumer dans l'espace public, stimuler l'envie de fumer chez des ex-fumeurs et contribuer à amener des mineurs non fumeurs à expérimenter ces dispositifs ou des produits du tabac. Ils rendraient en tous les cas difficiles les contrôles relatifs à l'interdiction de fumer dans les lieux collectifs.

Des règlements intérieurs d'entreprises de transport ont déjà adopté une interdiction de vapoter, ainsi que des arrêtés municipaux. Cette règlementation au cas par cas n'est pas satisfaisante pour la lisibilité de la règlementation. Aussi, il convient que les pratiques de vapotage dans l'espace public soient appréhendées de manière identique sur l'ensemble du territoire national. Les conditions d'une interdiction du vapotage dans certains lieux collectifs seront donc déterminées au niveau national sur la base de l'avis émis par le conseil d'Etat en octobre 2013, avec pour objectifs de maintenir l'acceptation sociale de l'interdiction de fumer dans certains lieux publics, de protéger la jeunesse (en cohérence avec l'interdiction de vente des dispositifs de vapotage aux mineurs) et d'assurer la tranquillité publique.

Levier 4 : Améliorer le respect de l'interdiction de vente aux mineurs

1 action :

- Habiliter les polices municipales à contrôler l'interdiction de vente aux mineurs.

Selon la CCLAT de l'OMS et de nombreuses études scientifiques, limiter l'accès aux produits du tabac contribue à diminuer ou retarder l'entrée dans le tabagisme des jeunes. En France, l'initiation au tabac est précoce. Elle a lieu en moyenne à 14 ans. En 2011, 23% des jeunes de 16 ans et 31,5% des jeunes de 17 ans étaient des fumeurs quotidiens. Ainsi, la France se situe parmi les pays qui comptent le plus de jeunes fumeurs.

Depuis la loi « Hôpital, patients, santé, territoires » du 21 juillet 2009, l'interdiction de vente s'adresse aux mineurs de moins de dix-huit ans. L'évaluation de cette mesure montre qu'elle est peu respectée puisqu'à peine 40% des buralistes refusent systématiquement de vendre à un mineur et que 93% des fumeurs de 16 ans déclarent avoir acheté au moins une fois du tabac chez un buraliste durant le mois précédant l'enquête. Ce respect lacunaire de l'interdiction de vente du tabac aux mineurs, s'il peut parfois être lié à des difficultés des buralistes pour faire respecter la loi, semble d'abord corrélé au faible nombre de contrôles. Ainsi, en 2011, seules 20 condamnations ont été prononcées en France pour vente ou offre de tabac à un mineur. Or, la littérature scientifique établit la nécessité de contrôles pour que ce type d'interdiction soit respecté. Par ailleurs, l'adhésion au principe de la protection des mineurs par l'intermédiaire de l'interdiction de leur vendre du tabac, est très large, tant dans la population générale que chez les buralistes, et y compris chez les adolescents, qu'ils soient consommateurs ou non consommateurs.

La sensibilisation des débitants de tabac et la multiplication des contrôles permettront d'améliorer substantiellement le niveau de respect de la loi, contribuant à une limitation de l'accessibilité du tabac aux mineurs.

Cette action sera articulée avec l'action 80 du plan gouvernemental 2013-2017 de lutte contre les drogues et les conduites addictives visant à renforcer les contrôles d'interdiction de ventes d'alcool et de tabac aux mineurs.

Axe 2 : Aider les fumeurs à s'arrêter

En France, 13,4 millions de personnes fument quotidiennement. Ce chiffre est considérable et inquiétant compte tenu de l'impact délétère largement établi du tabac pour la santé : augmentation des risques de cancers, de maladies cardiovasculaires, de maladies respiratoires, de complications pendant la grossesse et chez le fœtus, aggravation de nombreuses maladies chroniques. D'autres effets négatifs sont peut-être moins identifiés par le public voire par les professionnels, comme la moins bonne efficacité de certains traitements associée au tabagisme (chimiothérapies, antipsychotiques) ou encore l'augmentation des effets secondaires lors de certains soins (complications péri-opératoires, etc.).

Le tabagisme n'est pourtant pas une fatalité. Environ 31 % des 15-75 ans sont des ex-fumeurs. L'envie d'arrêter de fumer est très présente parmi les fumeurs. 70% des fumeurs réguliers ont déjà arrêté volontairement pendant au moins une semaine. Près de 60% des fumeurs actuels déclare souhaiter arrêter de fumer. Mais la moitié des fumeurs présente aussi une dépendance au tabac, venant compliquer leur parcours d'arrêt. En témoigne le faible taux d'arrêt spontané dans les 6 à 12 mois, de l'ordre de 3 à 5%. Le tabac est un produit redoutable par sa capacité à rendre ceux qui le consomment rapidement dépendants. Les études montrent que le tabac a le potentiel addictif le plus fort parmi l'ensemble des substances psychoactives, devant l'héroïne, l'alcool et la cocaïne.

C'est pourquoi les fumeurs doivent se voir proposer une aide. Être aidé par un professionnel formé augmente les chances de réussite d'arrêt. Les données de la littérature montrent que le conseil d'arrêt par un professionnel, quel que soit le type de professionnel, augmente la probabilité d'arrêt du tabac à 6 mois de 50%.

Il n'y a pas un fumeur mais des fumeurs, tous différents, que ce soit par l'âge, le sexe, le niveau d'éducation et socio-économique, le mode et les conditions de vie, l'histoire de leur tabagisme, le niveau de dépendance au tabac, la consommation parfois associée d'autres produits psycho-actifs (alcool, cannabis, etc.), la présence pour certains de maladies associées.

Les données attestent d'un creusement des inégalités sociales en matière de tabagisme qui doivent donc faire l'objet d'une prise en compte particulière et constante. Les fumeurs issus des catégories les moins favorisées souhaitent tout autant que les autres arrêter de fumer, mais sont beaucoup moins nombreux à y parvenir. Ainsi entre 2005 et 2010, 10% des ouvriers ont arrêté de fumer contre 24% des cadres supérieurs. Les réponses offertes aux fumeurs doivent être diverses, adaptées à leurs besoins et proposées lors de chaque contact avec le système de santé (professionnels de santé en ville, hôpital, maternité, pharmacie, médecine du travail, santé scolaire et universitaire, unités sanitaires dédiées à la prise en charge des personnes sous main de justice, etc.).

Le dispositif actuel d'aide à l'arrêt du tabac, malgré des améliorations au fil des ans, comprenant notamment un réseau de professionnels de santé et de tabacologues, un remboursement forfaitaire des substituts nicotiniques[5], des services d'aide à distance et en ligne[6], ou encore des campagnes de prévention et de communication, s'avère encore insuffisant et doit être renforcé.

Les évolutions de l'organisation du système de santé, que la stratégie nationale de santé (SNS) va conforter, ouvrent des perspectives dont il faut se saisir pour renouveler l'aide aux fumeurs :

[5] Sur la base d'une prescription par un médecin ou d'une sage-femme », depuis février 2007, à hauteur de 50 euros par an et par assuré ; en 2011, le montant a été augmenté à 150 euros par an pour les femmes enceintes.

[6] Notamment « Tabac Info Service » (TIS), dispositif téléphonique et internet d'information, de conseil et d'aide à l'arrêt du tabac.

nouveaux modes d'exercice, coopérations entre professionnels, transferts de compétences, nouveaux métiers, etc. L'expérience de pays ayant de bons résultats en matière de réduction du tabagisme montre également l'intérêt de s'appuyer sur des professionnels qui ne sont pas forcément issus du champ de la santé, mais peuvent jouer un rôle efficace sous réserve d'être formés.

La prise en compte de la cigarette électronique dans le cadre du PNRT est indispensable. Parmi les 1,2 à 1,5 millions de personnes qui utilisent la cigarette électronique de manière quotidienne en 2014, la majorité sont des fumeurs ou des ex-fumeurs. Leurs principales motivations sont une diminution du risque pour leur santé et leur dépendance à la nicotine. La cigarette électronique présente vraisemblablement un intérêt pour les fumeurs dépendants à qui elle permet de consommer de la nicotine, substance principalement responsable de leur addiction au tabac, sans inhaler les principaux toxiques de la fumée de tabac que sont les goudrons cancérigènes, et le monoxyde de carbone à l'origine des effets nocifs sur le plan cardiovasculaire. Les études restent cependant insuffisantes à ce jour pour conclure avec certitude. Le fait que de nombreux fumeurs se tournent vers la cigarette électronique témoigne d'une motivation pour arrêter le tabac et probablement aussi d'un souhait pour certains de trouver une solution ne passant pas par le système de soins. En effet, les fumeurs se considèrent rarement comme malades. Néanmoins, il apparait que les utilisateurs quotidiens sont nombreux à alterner cette consommation avec celle de tabac. Cet usage double réduit les bénéfices pour l'usager en maintenant une exposition à la fumée. L'ampleur du phénomène impose de continuer à développer dans les années à venir l'observation et la surveillance des pratiques d'usage de la cigarette électronique, afin de suivre les niveaux et les modes de consommation de ces produits récents qui soulèvent de nombreux questionnements. Soutenir la recherche concernant ces dispositifs est indispensable, afin d'être mesure de situer leur place dans l'aide à l'arrêt et la réduction des risques liés au tabac.

Le PNRT a pour ambition de renforcer et renouveler notre dispositif d'aide à l'arrêt du tabac et d'enrichir la palette des aides offertes aux fumeurs, en rénovant la formation des professionnels et les outils mis à leur disposition, notamment en utilisant mieux les possibilités offertes par les nouvelles technologies, en élargissant l'éventail des professionnels s'impliquant dans l'aide à l'arrêt du tabac, en innovant et en expérimentant de nouvelles modalités d'aide à l'arrêt, en encourageant les recherches sur les nouveaux outils prometteurs, dont la cigarette électronique.

4 leviers sont identifiés :

- Développer une information plus efficace en direction des fumeurs **;**
- Impliquer davantage les professionnels de santé et mobiliser les acteurs de proximité dans l'aide à l'arrêt du tabac ;
- Améliorer l'accès aux traitements d'aide au sevrage du tabac ;
- Rendre exemplaire les ministères sociaux, notamment le ministère des affaires sociales, de la santé et des droits des femmes.

Levier 1 : Développer une information plus efficace en direction des fumeurs

4 actions :

- montrer les méfaits du tabac par une augmentation de la communication en direction des fumeurs ;
- mettre en place un pictogramme « grossesse sans tabac » sur les contenants de produits du tabac ;
- promouvoir auprès des professionnels et du grand public le numéro d'appel unique « 39 89 » et le site tabac-info-service ;
- développer le «e-coaching » (outils réalisés en lien avec l'Institut national de prévention et d'éducation pour la santé et la caisse nationale d'Assurance maladie des travailleurs salariés)

Les campagnes d'information pour l'aide à l'arrêt du tabac visent à interpeller la personne pour l'inciter à agir pour sa santé et à faire évoluer les représentations sociales individuelles et collectives pour débanaliser l'usage du tabac. Elles permettent également d'outiller et de soutenir les acteurs de terrain. Elles renvoient vers les dispositifs de prise en charge.

L'efficacité de ces campagnes requiert d'importants efforts de communication : messages diffusés via de multiples supports, répétés dans le temps, en articulation avec d'autres interventions de prévention, et en impliquant les autres partenaires ou acteurs. Les campagnes de communication de forte intensité, pluriannuelles influent sur le niveau de consommation de tabac. Il existe une corrélation entre l'intensité de l'exposition de la population et l'évolution des comportements de consommation. L'exemple de la campagne « *Stoptober*[7] » menée au Royaume-Uni illustre l'intérêt de mener une campagne évènement impliquant l'ensemble des acteurs, afin de motiver et d'accompagner les fumeurs dans le sevrage tabagique.

Les données scientifiques ont démontré l'efficacité des outils d'aide à distance dans l'arrêt du tabac, quel que soit le canal de communication. L'aide à distance (information, conseil, orientation ou accompagnement) s'est développée à l'INPES dans le cadre de Tabac Info Service sur la base de modèles qui ont fait la preuve de leur efficacité sur les changements de comportements ou leurs déterminants. Un dispositif téléphonique (ligne « 39 89 ») et sur internet accompagnent les fumeurs dans l'arrêt du tabac et constituent une offre alternative d'aide à l'arrêt. Les Caisses nationales d'assurance maladie développent également des outils d'accompagnement via internet à destination de leurs assurés.

Le PNRT appuiera la promotion du numéro d'appel unique « 39 89 » et le développement d'offres d'accompagnement complémentaires et synergiques (développement du e-coaching) avec un accent particulier sur la modernisation des outils de communication pour mieux exploiter les possibilités offertes (réseaux sociaux, smartphones, etc.). Un développement des liens entre les services d'aide à distance et les professionnels de terrain : médecins généralistes, professionnels hospitaliers dans le

[7] *Stoptober* lancée depuis 2012 au Royaume-Uni s'appuie sur une stratégie de communication qui invite les fumeurs à arrêter collectivement de fumer pendant 28 jours (des études montrent qu'un arrêt de 28 jours multiplie par 5 les chances de rester non fumeur). Le message est amplifié par la mobilisation de partenaires sur l'ensemble du territoire (autorités, professionnels, pharmaciens, etc.) et une campagne multimédia. 247 000 fumeurs ont participé en 2013. http://resources.smokefree.nhs.uk/news/campaigns/stoptober/

cadre de parcours de soins spécifiques (obstétriciens, sages-femmes, anesthésistes, chirurgiens, oncologues, etc.) est souhaitable.

Levier 2 : Impliquer davantage les professionnels de santé et mobiliser les acteurs de proximité dans l'aide à l'arrêt du tabac

2 actions :

- impliquer davantage les médecins généralistes dans la lutte contre le tabagisme, en incluant un indicateur dédié dans la rémunération sur objectif de santé publique ;
- développer une offre de proximité gratuite d'accompagnement à l'arrêt du tabac par la mobilisation des 430 centres de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie (CSAPA), de leurs 250 consultations jeunes consommateurs (CJC) et des 112 centres d'examen de santé de l'Assurance maladie ;

Le nombre considérable de fumeurs, dont une grande partie souhaite parvenir à arrêter de fumer, nécessite que le plus grand nombre de professionnels de santé se mobilise et soit acteur effectif dans l'aide à l'arrêt du tabac. Encore trop peu de fumeurs en France reçoivent le conseil d'arrêter de fumer de la part des professionnels de santé. Seuls 28% des fumeurs ont reçu des conseils pour cesser de fumer au cours d'une visite de routine avec un professionnel de santé dans les 6 derniers mois, selon l'enquête internationale ITC (*International Tobacco Control Policy Evaluation Project*). Ces résultats situent la France à l'avant-dernière place des 17 pays participants (ITC, 2011).

Tout professionnel de santé, médical et paramédical, doit s'impliquer sur la question du tabagisme dans sa pratique quotidienne. Chacun est légitime et a sa place (Haute autorité de santé, 2014).

Les médecins généralistes (MG) voient chaque semaine environ 90 000 patients dans le cadre d'un sevrage tabagique et sont tout particulièrement à même d'agir, comme les recommandations de la Haute autorité de santé (HAS) de 2014 l'ont souligné. La réduction du tabagisme sera introduite dans les objectifs de santé publique définissant la partie forfaitaire de la rémunération des médecins traitants dans le cadre de la convention médicale négociée avec l'assurance maladie. Des outils leur seront fournis pour améliorer leurs interventions ainsi qu'un accompagnement de proximité (P.ex : visites par les délégués de l'assurance maladie).

Des ressources existent au niveau de diverses structures de santé de proximité, qu'il faut davantage mobiliser. C'est notamment le cas des 450 centres de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie (CSAPA), structures de proximité réparties sur l'ensemble du territoire. Issus en 2007 de la fusion de structures historiquement dévolues à la prise en charge de personnes en difficulté avec leur consommation d'alcool et/ou de drogues illicites, les CSAPA et leurs équipes pluridisciplinaires médico-psycho-sociales ont pour mission l'accueil, la prise en charge et l'accompagnement de toutes les personnes ayant des pratiques d'addiction, dont le tabagisme. Actuellement la part des personnes sollicitant un CSAPA pour cesser leur consommation de tabac est faible, environ 5%. Il faut amplifier la part prise par ces structures dans la lutte contre le tabac et en faire des centres ressources pour les fumeurs, y compris les jeunes, à travers les consultations jeunes consommateurs (CJC) qui leur sont rattachées. Les centres d'examens de santé de l'Assurance maladie, qui accueillent

prioritairement des personnes en situation de précarité, seront également mobilisés pour proposer une offre gratuite d'accompagnement

Levier 3 : Améliorer l'accès aux traitements d'aide au sevrage du tabac

2 actions :

- améliorer le remboursement du sevrage du tabagique par le triplement du montant du forfait pour les publics prioritaires : jeunes de 20 à 30 ans, bénéficiaires de la CMU-C, personnes souffrant d'un cancer ;
- élargir l'éventail des professionnels pouvant intervenir dans la prise en charge de l'arrêt du tabac : médecins des services de prévention (santé au travail, etc.), infirmiers, sages femmes (autorisation pour les sages femmes de prescrire des substituts nicotiniques à l'entourage fumeur de femmes enceintes).

La prise en charge financière des traitements et des consultations de sevrage tabagique est démontrée comme étant une des stratégies de santé publique les plus coût-efficaces. Une année de vie gagnée est estimée à 1900 euros. L'intervention d'un professionnel de santé augmente les chances de succès d'une démarche d'arrêt du tabac et la combinaison d'une intervention d'un professionnel et d'un traitement d'aide à l'arrêt est la stratégie la plus efficace. Les traitements de substitution nicotiniques sont plus efficaces dans l'arrêt du tabac que l'absence de traitement ou un placebo. Ils augmentent l'abstinence à 6 mois de 50% à 70%.

Le forfait mis en place par l'Assurance maladie en février 2007 qui permet de rembourser les traitements par substituts nicotiniques à hauteur de 50€ par an et par assuré, a été triplé en septembre 2011 pour les femmes enceintes et en septembre 2014 pour les jeunes de 20 à 25 ans. Ce forfait reste sous utilisé. Depuis sa mise en place, le recours au forfait a évolué à la baisse (500 000 bénéficiaires en 2008, 336 000 en 2010 puis 212 491 en 2013). La méconnaissance du dispositif par la population mais aussi par les professionnels peut expliquer cette sous utilisation.

D'autres freins s'ajoutent : la nécessité pour la personne de faire l'avance de frais à la pharmacie et la délivrance sur prescription par un médecin ou une sage-femme, peuvent être dissuasives pour les fumeurs en situation de précarité.

Le montant du forfait de 50€ par an permet une couverture partielle des frais de traitement qui correspond à environ 1 mois au mieux, alors que la HAS souligne que les TSN doivent être utilisés à dose suffisante et sur une durée suffisamment prolongée, d'au minimum 3 mois. Les fumeurs les plus dépendants, dont on sait qu'ils sont plus nombreux parmi les personnes précaires, ont généralement besoin d'une combinaison de plusieurs TSN pour parvenir à une substitution efficace.

Le PNRT prévoit d'améliorer l'accès financier aux traitements d'aide à l'arrêt. Le montant du forfait de prise en charge des TSN sera triplé pour les publics prioritaires identifiés : il passera de 50 à 150 euros pour les jeunes de 25 à 30 ans, pour les bénéficiaires de la CMU-C et pour patients atteints de cancer. Ces mesures viendront compléter le triplement du forfait pour les jeunes de 20 à 25 ans, effectif depuis septembre 2014 (loi de financement de la sécurité sociale 2014)

Il est nécessaire de prévoir une communication forte auprès des professionnels de santé et des acteurs intervenant auprès des publics concernés, afin de permettre au plus grand nombre de bénéficier de cette mesure.

Levier 4 : Rendre exemplaire les ministères sociaux, notamment le ministère des affaires sociales, de la santé et des droits des femmes

2 actions :

- Aménager les espaces fumeurs du ministère de manière à valoriser les espaces non fumeurs ;
- Développer l'aide au sevrage du tabac des personnels du ministère.

L'objectif du PNRT est ambitieux : parvenir à ce que dans dix ans moins de 20% des Français soient fumeurs et que dans moins de 20 ans les enfants qui naissent aujourd'hui soit la première «génération d'adultes sans tabac ». Ce combat de chaque instant implique que le gouvernement et les acteurs publics, mais aussi toute la société, prenne conscience des dégâts qu'il cause et se mobilise.

Priorité de santé publique, la lutte contre le tabagisme se traduit concrètement au sein des ministères sociaux par la mise en place de nombreuses actions de sensibilisation et un accompagnement « sur mesure » des agents vers l'arrêt du tabac et la reprise du sport. Ces initiatives, d'ores et déjà mises en œuvre en administration centrale, ont vocation à se déployer dans les services territoriaux.

L'administration se doit d'être exemplaire en matière de lutte contre le tabagisme. De nombreuses actions de communication et de sensibilisation au sein des ministères des affaires sociales, ciblant l'arrêt du tabac et la promotion du sport vont être menées

Plusieurs temps forts ont été proposés aux agents, comme un stand d'information sur les dangers du tabac, la mise en place d'un nouvel espace fumeur, les « portes ouvertes » de l'Association sportive des ministères des affaires sociales et de nombreuses séances de démonstrations sportives.

Un accompagnement sur mesure vers l'arrêt du tabac est proposé par le service de médecine et de prévention. Chaque consultation médicale est l'occasion de vérifier l'éventuelle dépendance des agents, de tester leur consommation, voire de leur proposer des patchs pour amorcer le sevrage.

Pour la direction des ressources humaines, cet engagement collectif nourrit aussi l'ambition d'une mobilisation nationale. Une charte « Administration sans tabac » a d'ores et déjà fait l'objet en novembre d'un échange. À l'issue des consultations en cours, cette charte aura vocation à se déployer dans l'ensemble des services territoriaux et à susciter des initiatives locales adaptées.

Axe 3 : Agir sur l'économie du tabac

Le tabac coûte à la France beaucoup plus qu'il ne rapporte. Son coût social est estimé à 47 milliards d'euros dont au moins 18 milliards pour les seuls coûts de santé[8]. Ainsi, on peut estimer que même en prenant en compte le produit des taxes, le tabac coûte à notre société plus de 400 euros par an et par français.

Des prix élevés sont un moyen efficace de lutter contre le tabac. Cependant, pour être efficace, cette politique doit s'accompagner d'une lutte contre le commerce illicite de tabac et d'une limitation des achats transfrontaliers. Il s'agit d'éviter que les consommateurs de ces produits ne se tournent vers le marché parallèle, les marchés étrangers ou la vente sur internet, neutralisant ainsi la politique de prix élevée menée en France depuis plusieurs années pour diminuer l'accessibilité du tabac.

Malgré le modèle que constitue la législation française sur la publicité, l'industrie du tabac continue à opérer un travail de promotion directe (publicité sur le lieu de vente, packaging des produits) et indirecte (placement de produit, financement d'activités culturelles, etc.) de ses produits. Il s'agit d'actions qui visent à donner à la consommation de tabac une image de « banalité », préparant les nouvelles générations à devenir consommatrices. Il convient donc de lutter contre ces stratégies d'influence et de promotion des produits.

Enfin, comme l'a constaté la Cour des comptes en 2012, la lutte contre le tabac dispose de moyens très insuffisants (environ 8 centimes d'euros par an par habitant pour les campagnes de prévention). Alors qu'elle induit des coûts sociaux majeurs, l'industrie du tabac reste l'un des secteurs les plus profitables. Par conséquent, le gouvernement travaillera à accroître les moyens dédiés à la lutte contre le tabac en faisant notamment contribuer financièrement ce secteur.

Ainsi, 3 leviers ont été identifiés pour agir efficacement sur l'économie du tabac :

- Lutter contre le commerce illicite pour rendre plus efficace une politique fiscale du tabac au service de la santé publique,
- Lutter contre l'ingérence de l'industrie du tabac dans les politiques publiques,
- Accroître les moyens dédiés à la lutte contre le tabac.

Levier 1 : Lutter contre le commerce illicite pour rendre plus efficace la politique fiscale du tabac au service de la santé publique

1 action :

- Elaborer un plan interministériel de lutte contre le commerce illicite de tabac.

[8] *Le coût social des drogues en 2003*, Pierre Kopp et Philippe Fenoglio, 2006.

La vente au détail de tabacs manufacturés (cigarettes, tabac à rouler, tabac à narguilé, tabac à priser, etc.) est un monopole confié à la direction générale des douanes et droits indirects (DGDDI) qui l'exerce par l'intermédiaire des débitants de tabac (buralistes).

La fiscalité des produits du tabac, qui est une composante de la politique des prix, est un des outils fondamentaux de notre politique publique de lutte contre le tabac. Des prix élevés des produits du tabac sont un facteur de limitation de leur accessibilité, en particulier pour les plus jeunes. La protection de l'efficacité de ces niveaux de prix passe par une lutte contre le commerce illicite de tabac.

La commercialisation à distance des tabacs manufacturés est interdite, quel que soit le lieu d'hébergement du site. Or, de nombreux sites internet consacrés à la vente de produits du tabac existent à l'étranger et ces ventes illégales ne respectent pour la plupart aucune des obligations techniques, sanitaires et fiscales en vigueur en France. Il est estimé que les achats illégaux de tabac (contrebande, Internet…) représentent environ 5% du tabac consommé en France.

Une circulaire des douanes de septembre 2014 a abaissé à quatre cartouches de cigarettes (200 cigares, 400 cigarillos, 1 kg de tabac à fumer) le seuil au-delà duquel toute personne contrôlée devra justifier de la détention pour consommation personnelle.

Un plan interministériel de lutte contre le commerce illicite de tabac sera présenté. Il mobilisera notamment les services des douanes et de la répression des fraudes. Il pourrait notamment renforcer les sanctions contre les contrebandiers et les contrefacteurs et améliorer l'application de l'interdiction de vente et d'achat à distance, en particulier via Internet, des produits du tabac.

En contribuant à mieux lutter contre le commerce illicite, il préservera l'efficacité de la politique fiscale française visant à des prix élevés.

Levier 2 : Améliorer la transparence de l'industrie du tabac

1 action :

- Etudier la mise en place d'un site dédié à la transparence des activités de l'industrie du tabac sur le modèle de celui conçu pour l'industrie pharmaceutique

L'étude des documents internes de l'industrie du tabac montre que depuis cinquante ans, les industriels du tabac ont mis en place des stratégies d'ingérence. L'historien Robert N. Proctor démontre comment, à travers leur infiltration dans la communication et dans la science, ceux-ci cherchent à entraver, retarder et bloquer l'adoption de politiques efficaces de contrôle du tabac (*Golden holocaust*, 2012).

La Convention-cadre de l'OMS pour la lutte anti-tabac a inscrit dans ses objectifs la lutte contre l'ingérence de l'industrie du tabac dans la définition et la mise en œuvre des politiques publiques liées au tabac (article 5.3) ainsi que l'interdiction globale de publicité, de promotion et de parrainage en faveur du tabac (article 13).

Le Code international de conduite des hauts fonctionnaires estime qu'il existe un risque que l'intérêt personnel influence les responsabilités officielles, ce qui justifie aussi de lutter contre les conflits d'intérêts.

En France, l'ingérence de l'industrie du tabac dans la définition et la mise en œuvre des politiques publiques liées au tabac est une réalité qui a été soulignée à plusieurs reprises. Les rapports du parlementaire Yves Bur, « *Pour une nouvelle politique de lutte contre le tabac »,* février 2012 ou celui de la Cour des comptes sur l'évaluation des politiques publiques de lutte contre le tabagisme de décembre 2012 en font état.

Un livre[9] publié par le CNCT en septembre 2014 retrace l'étendue et la diversité des stratégies déployées par les industriels du tabac en France pour organiser une désinformation et influencer les leaders d'opinion.

Parmi les méthodes les plus courantes figurent :

- la désinformation des élus, des journalistes et du grand public :
- l'immixtion dans les actions de philanthropie et de responsabilité sociale des entreprises (partenariats institutionnels et mécénat dans les domaines de la culture, de la recherche médicale et du secteur social) ;
- les tentatives de corruption de responsables politiques et de hauts fonctionnaires.

De plus, alors qu'en France la publicité directe et indirecte de même que le parrainage sont interdits, certains industriels du tabac développent des actions de mécénat afin d'améliorer leur image, de faire de la publicité de manière détournée et de nouer des contacts utiles de haut niveau. Dans cet esprit, la loi organique n° 2013-906 du 11 octobre 2013 relative à la transparence de la vie publique cherche à prévenir les conflits d'intérêt ainsi d'ailleurs que le projet de loi relatif à la déontologie et aux droits des fonctionnaires.

La mise en place d'un site dédié à la transparence des activités de l'industrie du tabac sur le modèle de celui conçu pour l'industrie pharmaceutique https://www.transparence.sante.gouv.fr permettra d'améliorer la transparence des pratiques de communication et de lobbying de l'industrie du tabac.

Levier 3 : Accroître les moyens dédiés à la lutte contre le tabac

2 actions :

- Créer un fonds dédié à la lutte contre le tabac et accroître les moyens dédiés à cette lutte ;
- Mettre à contribution l'industrie du tabac pour financer ce fonds.

Avec la création d'un fonds dédié à la lutte contre le tabac, il s'agit pour le gouvernement de mieux financer les actions de lutte contre le tabagisme prévues par le PNRT.

On citera notamment :

- l'information (ex. : les campagnes de sensibilisation),

[9] Ingérence de l'industrie du tabac dans les politiques de santé publique – Etat des lieux et recommandations éditions Le Publieur.

- la prévention (ex. : les actions d'éducation à la santé à destination des jeunes)
- et la prise en charge (ex. : l'aide au sevrage).

L'industrie du tabac a une responsabilité vis à vis de notre santé. Il est souhaitable qu'elle participe au financement des actions de lutte contre le tabagisme. Le gouvernement souhaite mettre à contribution l'industrie du tabac pour financer un fonds dédié aux actions du PNRT. Des propositions existent. Elles soulèvent des questions juridiques et techniques qu'il faut surmonter pour atteindre cet objectif.

PARTIE 2

Accompagner la réalisation du programme

La réalisation des trois axes du PNRT requiert une organisation structurée, un dispositif adapté de connaissances et la prise en compte des déclinaisons régionale et internationale du PNRT.

Gouvernance du PNRT

La réalisation effective du PNRT suppose de disposer de structures de pilotage articulées avec les partenaires, de moyens suffisants, d'un suivi et d'une évaluation du programme et d'informer avec régularité le public et les usagers du système de santé des avancées réalisées.

Un pilotage national et régional associant tous les acteurs

Les structures de pilotage du PNRT ont pour mission de superviser la mise en œuvre des leviers pour atteindre les objectifs fixés et de soutenir des démarches d'amélioration du niveau de qualité des actions. Le pilotage national du PNRT s'exerce en articulation avec le niveau régional. Il s'appuie sur un suivi des réalisations et une évaluation régulière.

Le comité national de pilotage du PNRT

Le comité national de pilotage du PNRT se réunit trimestriellement. Il constitue un espace de pilotage et de facilitation de la mise en œuvre du PNRT en :

- veillant à la mise en œuvre des leviers du programme : suivi des actions déployées, des crédits engagés et du respect des calendriers prévisionnels ;
- renforçant les synergies avec les autres acteurs, les autres dispositifs et les autres plans (cancer, drogues et conduites addictives, personnes détenues, etc.). A ce titre, il sollicite le comité interministériel à la santé en tant que de besoin ;
- proposant annuellement des ajustements rendus nécessaires du fait des évolutions scientifiques, médicales, législatives, réglementaires ou comportementales.

Le comité national de pilotage du PNRT, présidé par le directeur général de la santé, se compose du directeur de la sécurité sociale, du directeur général de l'offre de soins, du secrétaire général des ministères chargés des affaires sociales, du président de la Mildeca, du président de l'INCa, du directeur général de la Cnamts, du directeur général de l'INPES, du directeur de l'InVS, du directeur des ressources humaines des ministères sociaux.

Le comité national de coordination du PNRT

Le comité national de coordination du PNRT se réunit deux fois par an. Il constitue un espace de concertation et de facilitation de la mise en œuvre du PNRT en :

- informant sur la mise en œuvre des axes du programme : suivi des actions déployées et du respect des calendriers prévisionnels ;
- renforçant les synergies entre le comité de pilotage et les acteurs institutionnels et de la société civile ;
- débattant des ajustements possibles du PNRT du fait des évolutions scientifiques, médicales, législatives, réglementaires ou comportementales ;
- proposant au comité de pilotage les ajustements jugés pertinents

Le comité national de coordination, co-présidé par le directeur général de la santé et la présidente de la Mission interministérielle de lutte contre les drogues et les conduites addictives, se compose :

- des membres du comité de pilotage
- de membres de droit : directions d'administration centrales, agences nationales, représentant des agences régionales de santé
- des personnes qualifiées
- des associations de lutte contre le tabac et des associations de malades (maladies cardiaques, pneumologiques, neurologiques et cancer …) ;
- des sociétés savantes ;
- des représentants des professions de santé ;

La mission tabac

Pour appuyer et préparer les travaux du comité national de pilotage et du comité national de coordination, une mission tabac située au sein du ministère chargé de la santé assurera le secrétariat du PNRT. Cette mission bénéficiera d'une équipe dédiée (médecins, juristes, attachés d'administration de l'État, ingénieur sanitaire) ainsi que de correspondants identifiés dans chacune des structures responsables de la réalisation d'action du PNRT, notamment des représentants INCA.

Devant rendre compte au comité interministériel sur la santé, elle a pour mission de :

- proposer au comité national de pilotage un programme de travail annuel cohérent avec les objectifs poursuivis par le PNRT et ses axes opérationnels,
- assurer le secrétariat du comité national de pilotage, du comité national de coordination et, le cas échéant, du conseil de gestion du fonds dédié,
- s'assurer, grâce à une veille scientifique et d'actualité, de la connaissance de l'ensemble des publications scientifiques nationales et internationales en matière de lutte contre le tabac, et faciliter leur diffusion,
- assurer un suivi continu de l'ensemble des dépenses et des actions mises en œuvre avec les partenaires nationaux et régionaux identifiés.

Chaque année, elle devra préparer un rapport établissant un bilan des actions menées qui, après validation par le comité national de pilotage, sera mis en ligne sur le site du ministère chargé de la santé et annexé au bilan annuel du plan cancer 2014-2019.

L'articulation nationale et régionale

La mise en œuvre du PNRT doit s'exercer de manière complémentaire entre le niveau national et le niveau régional. Les agences régionales de santé sont responsables de la déclinaison du programme dans leur région pour les actions dont elles sont pilotes ou partenaires, en tenant compte des spécificités de leurs territoires et en identifiant une unité ou un service chargé du suivi.

Ces unités assureront le reporting de la mise en œuvre régionale du programme et le suivi de ses résultats. Elles s'articuleront avec la mission tabac.

Un financement pérenne et spécifique mettant à contribution les industriels

L'absence de source de financement dédiée à la lutte contre le tabac en France empêchait jusqu'à aujourd'hui tout saut qualitatif et quantitatif majeur. L'ambition du PNRT est de rompre avec la faiblesse des moyens attribués, constatée par la Cour des comptes ainsi que par le député Yves Bur dans son rapport parlementaire de 2012.

Depuis 2001, le revenu fiscal (droit de consommation et TVA) issu des produits du tabac est supérieur à 12 milliards d'euros par an mais ne finance que marginalement la lutte contre le tabac.

L'industrie du tabac a une responsabilité vis à vis de notre santé. Il est souhaitable qu'elle participe au financement des actions de lutte contre le tabagisme. Le gouvernement souhaite mettre à contribution l'industrie du tabac pour financer un fonds dédié aux actions du PNRT. Des propositions existent. Elles soulèvent des questions juridiques et techniques qu'il faut surmonter pour atteindre cet objectif.

Une évaluation au service du pilotage et du succès du PNRT

Conduire une politique de lutte contre le tabac durable et efficace nécessite de disposer de données régulières et fiables sur le niveau de consommation, et de pouvoir mesurer l'efficience des actions mises en œuvre dans le cadre du PNRT. Cette évaluation nécessite de structurer un dispositif d'acquisition de connaissances (observation, recherche appliquée, évaluation) qui soit pérenne et cohérent pour appuyer et renforcer dans la durée la qualité du pilotage du PNRT.

La mission tabac s'assure du suivi régulier des données et veille à la valorisation annuelle des résultats, en partenariat avec les agences chargées du recueil, de l'analyse et de la synthèse de ces données.

Une évaluation externe de l'ensemble du PNRT sera réalisée au regard de ces indicateurs et d'enjeux transversaux identifiés comme prioritaires.

Information du public et des usagers du système de santé

Afin de rendre compte au public de la mise en œuvre du PNRT et des résultats obtenus, l'ensemble des informations relatives au PNRT, à son avancement et à ses réalisations, seront disponibles sur le site internet du ministère chargé de la santé, www.sante.gouv.fr.

Observation, recherche appliquée et évaluation au service du PNRT

La production de connaissances sur la consommation des produits du tabac, ses conséquences et les réponses pouvant être apportées est un enjeu majeur pour le bon fonctionnement du PNRT et le suivi de sa réalisation. En effet, la construction d'un dispositif cohérent doit permettre au programme de disposer d'une « vision », grâce à :

- la connaissance de l'épidémiologie du tabac en France et de son évolution à échéance rapprochée ;
- l'animation d'un réseau de recherche appliquée dynamique et réactif ;
- l'évaluation de l'impact des mesures de lutte contre le tabac existantes ou à venir et du PNRT en général.

Ceci contribuera à un pilotage efficace du PNRT, permettant de mesurer l'efficience des actions mises en place et de bâtir la décision publique sur des données objectives. Le PNRT privilégie une approche pragmatique par la production de connaissances utilisables à court ou moyen terme pour guider les pouvoirs publics dans leur action afin d'infléchir la consommation de tabac en France.

Renforcer les dispositifs de surveillance existants et développer des dispositifs complémentaires, nécessaires à la documentation d'indicateurs clés

La France dispose d'un certain nombre d'outils d'observation, la plupart du temps non spécifiques au tabac (Baromètre santé de l'INPES ; enquêtes ESCAPAD et ESPAD de l'OFDT, etc.), fournissant des informations précieuses mais qui demeurent insuffisantes.

Plusieurs champs d'études ont été identifiés afin de renforcer les dispositifs existants :

- le marché des produits du tabac et des dispositifs électroniques de vapotage, dans et en dehors du réseau des buralistes ;
- les pratiques de promotion des produits du tabac et des dispositifs électroniques de vapotage ;
- la consommation de produits du tabac et de dispositifs électroniques de vapotage par la population française, avec une analyse fine par sexe, tranche d'âge, catégorie socioprofessionnelle, ainsi que des populations spécifiques comme les femmes enceintes ;
- les conséquences de la consommation de tabac en termes de santé (morbidité et mortalité) et pour la société française (coûts sociaux) ;
- le sevrage : niveau d'intention de sevrage en population, niveau de tentative de sevrage, offre de sevrage par les professionnels et recours aux dispositifs existants.

À l'aune de ces besoins, plusieurs améliorations apparaissent nécessaires pour être à même de suivre finement l'évolution de l'épidémie de tabac en France.

Certains indicateurs requièrent par exemple une estimation plus fréquente. Actuellement, les estimations de consommation sont triennales chez les adolescents, quinquennales en population

générale et encore plus espacées chez les femmes enceintes. Il est primordial pour piloter la lutte contre le tabac de façon efficace de tendre vers une fréquence annuelle de ces données.

De plus, il existe une hétérogénéité régionale de la consommation de tabac. Ainsi en 2010, l'usage quotidien de tabac chez les 15-75 ans variait de 25 à 35% selon les régions. Les acteurs régionaux de santé publique, et en particulier les Agences régionales de santé, doivent pouvoir disposer d'estimations d'indicateurs clés à intervalles réguliers ainsi que d'une comparabilité avec les autres régions. Pour ce faire, il est nécessaire que les études portent sur des échantillons suffisamment importants pour permettre ces estimations régionales.

Certains indicateurs ne font l'objet que de mesures ponctuelles et seuls des points de repères, parfois anciens sont disponibles. Il apparaît aujourd'hui pertinent de développer des mesures plus régulières pour ces indicateurs clés.

Orientations :

- réaliser un suivi mensuel et une synthèse annuelle d'informations clés sur le tabac ;
- disposer d'une surveillance quantitative et qualitative du marché des produits du tabac et du marché des dispositifs électroniques de vapotage ;
- suivre avec régularité des indicateurs clés auprès des mineurs, des adultes et des femmes enceintes et des professionnels à propos de :
    - consommation de tabac et de produits de vapotage ;
    - modalités d'approvisionnement ;
    - souhaits et tentatives de sevrage ;
    - offre de services (MG, pharmaciens, dispositif d'aide à distance, etc., incluant des indicateurs sur des actions proactives des professionnels de santé en matière de repérage et conseil d'arrêt) ;
    - connaissance du forfait TSN et de son triplement.
- mesurer régulièrement les connaissances et les perceptions des français vis-à-vis du tabac, de ses conséquences et des mesures antitabac ;
- estimer régulièrement, à l'aide d'une méthodologie fiable et stable, le coût social du tabac, la morbidité et la mortalité liées au tabac en France ;
- observer de manière systématique les pratiques de promotion des produits du tabac et des dispositifs électroniques de vapotage en France.

Créer et appuyer un réseau national d'évaluation et de recherche appliquée à la lutte contre le tabac

Les équipes françaises restent peu présentes dans le domaine de la recherche appliquée sur le tabac. Cette situation est en partie liée à des financements erratiques et à l'absence d'un effort structuré et durable sur ce sujet.

Dans le cadre du PNRT, il est proposé de structurer un réseau national de recherche appliquée et d'évaluation sur le tabac. Ce réseau devrait permettre d'identifier des thématiques prioritaires à aborder et de réaliser des projets pratiques venant appuyer la mise en œuvre du PNRT. Il s'agit de s'inspirer de l'exemple britannique qui, en quelques années, a permis d'obtenir une production scientifique de qualité. Une synergie du réseau avec les pouvoirs publics est attendue. Ceci permettra aux décideurs et professionnels de santé de disposer d'éléments objectifs pertinents. Elle permettra une meilleure réactivité sur les questions soulevées lors de l'élaboration et du suivi de la politique publique. Il s'appuiera, notamment sur la dynamique enclenchée par l'INCA dans le cadre de ses PAIR « tabac » et également sur l'institut thématique multi organismes (ITMO) santé publique d'AVIESAN.

Le développement extrêmement rapide du recours aux dispositifs électroniques de vapotage au cours des dernières années pose de manière répétée la question de la place de la réduction des risques dans la réponse à la dépendance au tabac. Cette question doit être investie.

Orientations :

- créer un réseau national d'évaluation et de recherche appliqué dédié à la lutte contre le tabac
- identifier des financements permettant de mener des appels à projets réguliers sur des thèmes d'intérêt pour la lutte contre le tabac
- créer les modalités d'interactions régulières entre les équipes de recherche et les acteurs de la lutte contre le tabac pour une utilisation des travaux menés.
- commanditer une expertise sur la place de la réduction des risques dans la réponse à la dépendance au tabac.

Évaluer périodiquement l'application de la législation sur le tabac

La France dispose de mesures législatives et réglementaires dont certaines sont imparfaitement respectées (vente aux mineurs, consommation de tabac dans certains espaces collectifs, etc.).

De plus, l'adhésion des citoyens à ces mesures évolue dans le temps, en lien avec de nombreux facteurs (compréhension et acceptation de la mesure, fréquence des contrôles, formation des acteurs, etc.).

Il est donc nécessaire de mener des évaluations régulières du respect de ces mesures (évaluations bisannuelles) pour infléchir les stratégies d'application de ces dernières.

Orientations :

- définir les mesures prioritaires devant être évaluées, les indicateurs correspondants ainsi qu'une fréquence pour chacun d'entre eux ;
- identifier les enquêtes existantes pouvant contribuer à la documentation des indicateurs et les besoins restant à couvrir ainsi que les moyens nécessaires ;
- s'assurer de la bonne réalisation des enquêtes contribuant à l'action ;
- diffuser avec régularité les résultats disponibles.

Évaluer le PNRT pour estimer son impact

Le PNRT s'est fixé un objectif ambitieux d'une réduction de 10% du nombre de fumeurs quotidiens d'ici à 2019. Pour ce faire, un ensemble complexe de mesures et d'actions doivent être déployées. Aussi, au-delà de l'évaluation spécifique de certaines actions, il est nécessaire qu'un dispositif dédié d'évaluation des effets du PNRT soit mis en place.

L'évaluation de ce programme national a vocation à pouvoir, d'une part, suivre la réalisation effective des actions du PNRT, et, d'autre part, à évaluer indépendamment l'impact de ce dernier sur les consommations. Cette évaluation devrait permettre d'identifier les infléchissements nécessaires pour améliorer les résultats du PNRT et pour permettre l'élaboration du prochain programme

A la fin 2016, un rapport d'évaluation à mi parcours de l'état d'avancement et de l'impact du PNRT sera remis au comité de pilotage. En 2019, un rapport d'évaluation finale sera rédigé. Les conclusions de cette évaluation seront intégrées au bilan final du plan cancer 2014-2019 (objectif 10). .

Orientations :

- identifier une équipe en charge de l'évaluation de l'impact du PNRT ;
- réaliser un bilan semestriel de l'état d'avancement de la réalisation du PNRT ;
- évaluer l'état d'avancement et l'impact du PNRT à mi-parcours (fin 2016) ;
- évaluer l'état de finalisation et l'impact du PNRT ainsi que de nouvelles orientations à la fin 2019.

Lutter contre le tabac en région

Mise en place d'un pilotage régional et exemplarité des ARS

Les ARS ont un rôle essentiel pour la réussite du PNRT par la déclinaison de celui-ci au niveau régional, en tenant compte des spécificités de leurs territoires et en lien avec leurs partenaires.

L'ARS pourrait identifier au sein de son organigramme une unité ou un service particulièrement chargé de porter la thématique tabac au niveau régional. Celui-ci veillera à l'inclusion de la thématique dans les politiques et activités pilotées par l'ARS, assurera le reporting de la mise en œuvre régionale du programme et le suivi de ses résultats. Il sera un interlocuteur privilégié de la mission tabac de la DGS.

L'ARS, responsable de la politique de santé en région, a vocation à porter la thématique tabac comme priorité au niveau des instances de coordination et des partenaires institutionnels :

- au sein de la commission de coordination des politiques publiques de santé afin de mobiliser les acteurs et des financements permettant de renforcer et développer des actions portant sur la prévention, la communication, l'information, et l'aide à l'arrêt ;
- dans les partenariats et conventions entre l'ARS et ses partenaires :
    - collectivités territoriales avec les contrats locaux de santé (CLS) ;
    - services de l'État en région (santé scolaire et universitaire, santé au travail, jeunesse et sports, cohésion sociale, etc.) ;
    - assurance maladie dans le cadre du contrat ARS-AM ;
    - opérateurs de prévention et promotion de la santé (pôle de compétence régional) ;
    - organismes de formation professionnelle.

Renforcement de la thématique tabac dans les priorités du projet régional de santé

Communication et information

Au niveau régional, un relais par l'ARS des campagnes de communication de l'INPES (relais des messages vers les medias locaux, les acteurs locaux, intégrant l'utilisation des nouveaux supports) permettrait une plus grande efficacité de cette communication.

De plus, une animation par les ARS et leurs partenaires d'une campagne « mois de l'arrêt » (sur le modèle de la campagne britannique du *Stoptober*) permettrait de mettre la thématique du tabac en avant à intervalles réguliers au sein des régions et de mobiliser les acteurs locaux dans l'aide à l'arrêt.

Les ARS pourront s'appuyer à la fois sur l'expertise et l'appui de l'INPES et sur les expériences de certaines ARS ayant déjà pris ce type d'initiatives.

Actions de prévention et promotion de la santé

Un document d'appui sera élaboré à destination des ARS, visant à faciliter l'identification des interventions probantes et leur adaptation en insistant sur les éléments de contexte et coûts des

actions. Les ARS pourront diffuser les méthodes et outils validés auprès des acteurs, favoriser leur formation, participer à l'identification des expérimentations locales innovantes,

Une déclinaison du PNRT au niveau régional devrait conduire à renforcer la prise en compte du tabagisme dans les actions de prévention et promotion de la santé financées dans le cadre du fonds d'intervention régionale (FIR)**.**

Mobilisation du système de santé

Le PNRT a également pour ambition de renforcer le dispositif d'aide à l'arrêt du tabac. L'implication de tous les professionnels de santé sur la question du tabac est souhaitable.

Au niveau régional, les ARS pourront :

- mobiliser les professionnels de santé ;
- relayer les recommandations nationales, telles celle de la HAS de 2014 sur l'arrêt du tabac ;
- relayer les outils, notamment ceux élaborés et mis à disposition par l'INPES et par l'Assurance Maladie
- favoriser le renforcement et la connaissance de l'offre d'aide à l'arrêt du tabac :
    - activité au sein des structures médico-sociales, de ville, de médecine de prévention, (notamment celles recevant des populations à forte prévalence de tabagisme, des populations en situation de précarité) ;
    - connaissance des dispositifs existants, comme les modalités de forfaits de prise en charge des TSN, le 3989, tabac info service, les structures comme les CJC, les CSAPA, les CES ;
- mobiliser les établissements de santé ;
- s'appuyer sur les évolutions d'organisation dans le cadre de la Stratégie nationale de santé.

Mobilisation des professionnels du champ socio-éducatif et associatif

Les professionnels socio-éducatifs et associatifs peuvent intervenir dans le repérage et l'orientation des publics en particulier les jeunes, les personnes en situation de précarité.

En région, les ARS peuvent contribuer à :

- mobiliser les représentants associatifs
- relayer et diffuser des outils pratiques pour les professionnels développés par l'INPES ;
- faciliter les liens entre acteurs socio-éducatifs et structures ressources (CJC et milieu scolaire, étudiant, CJC et protection judiciaire de la jeunesse, etc.) ;
- soutenir des actions « tabac » dans les partenariats, comme dans les CLS ;
- promouvoir et appuyer la mise en place de programmes d'intervention en direction des populations les plus vulnérables.

Favoriser le respect de la réglementation

Le PNRT envisage diverses mesures au niveau national ayant pour objectif de renforcer les contrôles concernant l'interdiction de fumer dans les lieux collectifs et l'interdiction de vente de tabac aux mineurs.

Les chefs de projet de la Mission interministérielle de lutte contre les drogues et les conduites addictives (MILDECA) en lien avec l'ARS et les services compétents suivront les résultats des plans de contrôle mis en place par les préfets et pourront venir en appui des services pour mieux cibler les lieux à contrôler.

Dimensions internationales du PNRT

Depuis plus de dix ans, la lutte contre le tabac s'est imposée dans le débat européen et international comme un enjeu prioritaire de santé publique. Première cause de décès évitable dans le monde, responsable de la mort de 6 millions de personnes par an dont plus de 600 000 victimes de tabagisme passif. Selon l'Organisation mondiale de la santé, le tabac pourrait être au cours du 21ème siècle à l'origine du décès de 1 milliard de personnes. La moitié des fumeurs décèdent prématurément, perdant en moyenne 14 ans d'espérance de vie.

Au cours des dernières années, des normes (CCLAT) et objectifs (plan d'action mondial de lutte contre les maladies non transmissibles) internationaux et européens (directives) sont apparues, auxquelles la France a contribué. Afin de mieux coopérer pour lutter ensemble contre le tabac, la France doit continuer à faire connaître au plan mondial et européen ses expériences et pratiques, à s'enrichir des expériences étrangères et à promouvoir la définition et la mise en œuvre de stratégies et actions ambitieuses à ces échelles. L'effort doit être poursuivi pour transcrire au mieux les engagements européens et internationaux pris par la France sur le territoire national.

Mieux transcrire en France les engagements pris à l'international

La directive 2014/40/UE sur les produits du tabac, qui révise celle de 2001, établit de nouvelles règles concernant la fabrication, la présentation et la vente du tabac et des produits connexes (dispositifs électroniques de vapotage). Les mesures emblématiques prévues (interdiction des arômes perceptibles, renouvellement et agrandissement substantiel des avertissements sanitaires, règles de sécurité et de qualité pour les cigarettes électroniques etc.) en font une nouvelle étape dans la lutte contre le tabac.

Dans le cadre du PNRT, la France veillera à transposer la directive dans les meilleurs délais et considérera la possibilité de mesures plus ambitieuses. D'ores et déjà le paquet neutre standardisé, rendu possible par la directive, sera mis en place.

La mise en œuvre accélérée de la CCLAT est un des objectifs du plan d'action mondial pour la prévention et le contrôle des maladies non transmissibles (2013-2020) de l'OMS. Le PNRT traduit la volonté de la France d'avancer dans cette mise en œuvre.

A ce titre, le Protocole de lutte contre le commerce illicite du tabac adopté par la 5e conférence des parties à la Convention-cadre de l'Organisation mondiale de la santé en novembre 2012 et signé par la France le 10 janvier 2013 à Genève, devra être prochainement ratifié.

S'agissant d'un texte officiel engageant la France au plan international, le ministère en charge de la santé veillera à la diffusion de ses principes clés auprès des acteurs professionnels et institutionnels concernés, afin de contribuer à une meilleure compréhension des mesures prises par les pouvoirs publics et à une facilitation de leur mise en œuvre.

Renforcer la coopération européenne

Avec près de 700 000 morts par an, le tabac est la première cause évitable de décès au sein de l'Union européenne (UE). Malgré les progrès obtenus ces dernières années, le nombre de fumeurs y demeure toujours préoccupant (28% de la population totale et 29% des 15-24 ans en 2012).

Des progrès certains restent à faire. Une harmonisation européenne de la réglementation sur la fiscalité des produits du tabac de même qu'une plus stricte limitation des importations privées de tabac permettraient une plus grande efficacité des politiques de santé publique. Ainsi, la politique française se heurte à un différentiel de prix important avec les pays frontaliers, qui favorise les achats transfrontaliers. La France cherchera à se rapprocher des États membres de l'UE les plus dynamiques en matière de lutte contre le tabac. Ces partenariats et partages d'expériences permettront de reprendre dans notre pays les actions les plus efficientes, d'anticiper les difficultés rencontrées par d'autres et de promouvoir les réussites françaises dans ce domaine.

Renforcer la coopération internationale

Consciente de la nécessité de protéger les générations présentes et futures des effets nocifs du tabac, l'Assemblée mondiale de la santé a adopté à l'unanimité, en mai 2003, la Convention cadre de lutte anti-tabac, désormais signée par 178 pays. Fondée sur des données factuelles, elle contient un panel de mesures variées et complémentaires s'appuyant sur une double stratégie de contrôle de l'offre de produits du tabac et de réduction de la demande.

En 2011, 88% de la population mondiale était directement intéressée par la mise en œuvre de ce premier traité international de santé publique, qui fournit aux États signataires un cadre juridique pour favoriser l'adoption de mesures législatives et réglementaires anti-tabac aux niveaux régional et national. La mise en œuvre de la CCLAT passe aussi par des «lignes directrices» qui explicitent les articles sous forme de recommandations aux Parties.

La France, partie prenante historique de la CCLAT, en soutient la mise en œuvre. Elle participe aux débats de la Conférence des Parties et contribue au financement du secrétariat de la CCLAT à hauteur d'environ 260 000 euros par an.

Dans un contexte de vulnérabilité des marchés émergents face aux stratégies offensives de l'industrie du tabac, la France souhaite participer au transfert d'expérience entre pays développés et pays en développement, en particulier en encourageant la mise en œuvre de la CCLAT dans les pays francophones.

En outre, dans le cadre du renforcement de la lutte contre le commerce illicite de tabac, des coopérations internationales en matière de trafic pourront être mises en place pour mieux réprimer le trafic.

Articulation du PNRT avec d'autres actions gouvernementales

Une cohérence des actions au service de la lutte contre le tabac

La lutte contre le tabac est une urgence durable. Première cause de mortalité évitable, ce produit est responsable de 73 000 décès chaque année, soit vingt fois la mortalité routière. Source de cancers, de maladies cardiovasculaires, de maladies respiratoires, de maladies infectieuses, tuant un consommateur sur deux, le tabac nous confronte à une dramatique épidémie qui dure depuis presque un siècle.

La lutte contre le tabac passe par deux objectifs simples dans leur formulation mais complexes à atteindre : éviter aux plus jeunes de devenir dépendants et aider les fumeurs à s'arrêter. Pour y parvenir, il faut aborder globalement le tabac et dans toute sa complexité, puisque celui-ci a des dimensions économiques, sociales, individuelles et médicales.

Face à l'ampleur du défi, l'Etat se repositionne au cœur de cette politique. Le PNRT, mesure 10 du plan cancer 2014-2019, est le premier programme de santé publique exclusivement consacré au tabac.

Pour autant, cette action gouvernementale n'est pas isolée et s'inscrit en cohérence avec d'autres chantiers stratégiques du Gouvernement qui abordent la question de la lutte contre le tabac, en particulier :

- la stratégie nationale de santé,
- le plan cancer 2014-2019,
- et le plan gouvernemental de lutte contre les drogues et les conduites addictives 2013-2017.

Il se situe également dans le mouvement de transposition de la directive européenne 2014/40/UE sur les produits du tabac et les produits connexes et de la mise en œuvre des engagements pris par la France lors de la ratification en 2004 de la Convention-cadre de lutte anti-tabac de l'OMS.

Le gouvernement et les acteurs publics doivent faire prendre conscience à l'ensemble de la société des dégâts que le tabac cause, afin que chacun se mobilise, à sa mesure. L'esprit du PNRT est la synergie de toutes les initiatives et la coordination de toutes les actions.

Ce chapitre vise à présenter ces actions qui viennent en articulation avec celles annoncées le 25 septembre 2014.

Axe 1 : Protéger les jeunes et éviter l'entrée dans le tabac

Actions de prévention

- Accroître l'impact des campagnes de communication : il est nécessaire de développer des stratégies de communication ciblées pour permettre une prise de conscience des dommages liés au tabac (plan gouvernemental p28)
- Adapter des programmes validés à l'étranger au contexte français, puis les expérimenter et les évaluer dans quelques régions (actions 7 et 9 du plan gouvernemental 2013-2017 de lutte contre les drogues et les conduites addictives et action 11.14 du plan cancer 2014-2019),
- Identifier les interventions prometteuses de prévention du tabagisme chez les enfants et les jeunes menées sur le territoire national, favoriser leur évaluation, promouvoir leur diffusion et mutualiser ces expériences (base en ligne, publications scientifiques, rôle de la Commission interministérielle de prévention des conduites addictives : créée en vertu de l'action n° 1 du plan de lutte contre les drogues et les conduites addictives),
- Inclure la prévention du tabagisme dans le programme d'éducation à la santé allant de la maternelle au lycée (actions 5 et 10 du plan gouvernemental 2013-2017 de lutte contre les drogues et les conduites addictives et action 11.11 du plan cancer 2014-2019).
- Inclure une sensibilisation aux enjeux de santé publique dans le plan de formation des buralistes (action 16 du plan gouvernemental 2013-2017 de lutte contre les drogues et les conduites addictives),
- Améliorer l'efficacité des mesures contre le tabagisme passif à travers par exemple des actions de communication telles que la charte « Ville sans tabac » (action 10.3 du plan cancer 2014-2019)

En France, de nombreuses actions de prévention du tabagisme sont menées, avec une diversité d'acteurs, de cadres d'intervention, de financeurs. Elles gagneraient à être enrichies par une attention aux publics plus difficiles à atteindre (jeunes hors du milieu scolaire et jeunes en situation de précarité) et une meilleure prise en compte des données de la recherche en prévention, notamment sur les interventions et sur les modèles de changement de comportement évalués et validés comme efficaces. A ce titre, le développement des compétences psychosociales des jeunes constitue une modalité d'action centrale de la plupart des interventions validées dans le champ de la prévention de l'usage des substances psychoactives.

En 2012, une synthèse de littérature menée par l'Inpes a mis en évidence plus de 30 stratégies d'interventions efficaces pour prévenir l'entrée dans le tabagisme par des actions de proximité, des mesures législatives, des actions de communications auprès d'enfants et d'adolescents en population générale et auprès de publics vulnérables. Les études évaluatives ayant été en majorité menées à l'étranger, il apparait nécessaire de faciliter leur appropriation par un travail d'adaptation au contexte français, d'expérimentation, d'évaluation et d'enrichissement mutuel des pratiques. Parmi celles-ci, une évaluation menée sur l'expérimentation au Royaume-Uni d'une intervention fondée sur

l'intervention de pairs « leaders » en vue de la réduction du tabagisme chez l'adolescent (ASSIST : *A Stop Smoking in Schools Trial*) apparaît particulièrement prometteuse quant à la réduction du tabagisme chez l'adolescent. Son adaptation au contexte français sera envisagée.

L'éducation à la santé en milieu scolaire sur le tabac doit aussi être renforcée et optimisée ; il convient de favoriser le développement des compétences professionnelles par la formation et la mise à disposition d'outils et de support pédagogiques efficaces. Les liens entre les milieux scolaire et éducatif et les professionnels spécialisés doivent être encouragés (par exemple les professionnels des consultations jeunes consommateurs (CJC) qui proposent un accueil et un accompagnement aux jeunes usagers de substances psychoactives, dont fait partie le tabac.

Actions législatives et réglementaires

- Interdire la coloration des fumées dégagées par les produits du tabac, conformément à la directive 2014/40/UE,
- Imposer aux fabricants de notifier toute nouvelle catégorie de produits du tabac, conformément à la directive 2014/40/UE.
- Transposer le cadre règlementaire d'étiquetage et de sécurité relatif aux dispositifs électroniques de vapotage tel que défini dans la directive 2014/40/UE.

Les industriels rivalisent d'ingéniosité pour maintenir l'attractivité des produits du tabac, afin d'inciter des populations cibles à fumer, en particulier les jeunes et les femmes. En effet, ceux-ci sont davantage sensibles au design des produits. Il est donc nécessaire de protéger les consommateurs des innovations industrielles destinées à maintenir l'attractivité des produits du tabac, induire les consommateurs en erreur sur la nocivité des produits, et entretenir l'image de la marque de tabac. Ainsi seront transposées les mesures réglementaires visant à interdire la coloration des fumées et à imposer une notification des nouveaux produits.

La forte croissance du marché des dispositifs électroniques de vapotage et l'aide au sevrage tabagique qu'ils pourraient représenter nécessitent de développer les connaissances scientifiques permettant de mieux connaître leurs caractéristiques, leurs effets sur l'aide au sevrage du tabac et leurs éventuels effets nocifs. Un encadrement de ces produits apparaît toutefois nécessaire dès à présent pour en protéger les jeunes et les non-fumeurs, compte tenu du potentiel addictif lié notamment à la présence de nicotine dans une grande partie des liquides. L'interdiction de vente aux mineurs a été un premier pas nécessaire mais doit être complété par un cadre règlementaire d'étiquetage et de sécurité. C'est ainsi qu'il convient de transposer dans les meilleurs délais le cadre défini dans la directive 2014/40/UE, qui instaure notamment un renforcement du dispositif de sécurité à l'ouverture pour protéger les enfants.

Actions répressives

- Renforcer les contrôles d'interdiction de vente de tabac aux mineurs (action 80 du plan gouvernemental 2013-2017 de lutte contre les drogues et les conduites addictives),

- Renforcer la mise en œuvre des plans de contrôle locaux prévus par la circulaire du 3 août 2011 (action 81 du plan gouvernemental 2013-2017 de lutte contre les drogues et les conduites addictives),

Si l'interdiction de fumer dans les lieux à usage collectif est globalement respectée et bénéficie d'une forte acceptabilité sociale, elle se heurte encore à un moindre respect dans certains lieux (bars, boites de nuit, voir enquêtes ITC). Ce respect inégal résulte en partie du faible nombre de contrôles des fumeurs comme des responsables de lieux collectifs fermés. En 2011, seules 382 condamnations ont été prononcées pour violation de l'interdiction de fumer, 178 pour absence de signalisation de l'interdiction de fumer, et 582 pour action favorisant sciemment la violation de l'interdiction de fumer. Une augmentation du nombre de contrôles apparaît nécessaire

En France, l'initiation au tabac est précoce puisqu'elle a lieu en moyenne à 14 ans. Selon la CCLAT de l'OMS et de nombreuses études scientifiques, limiter l'accès aux produits du tabac contribue à diminuer ou retarder l'entrée dans le tabagisme des jeunes. Or, l'évaluation de l'interdiction de vente aux mineurs du tabac montre que celle-ci est peu respectée puisqu'à peine 40% des buralistes refusent systématiquement de vendre à un mineur et que 93% des fumeurs de 16 ans déclarent avoir acheté au moins une fois du tabac chez un buraliste durant le mois précédant l'enquête. Ce respect lacunaire de l'interdiction de vente du tabac aux mineurs, s'il peut parfois être lié à des difficultés des buralistes pour faire respecter la loi, semble d'abord corrélé au faible nombre de contrôles (20 condamnations prononcées en France en 2011 pour vente ou offre de tabac à un mineur). Si l'adhésion au principe de la protection des mineurs par l'intermédiaire de l'interdiction de leur vendre du tabac est très large, tant dans la population générale que chez adolescents et les buralistes, la littérature scientifique établit la nécessité de contrôles pour que ce type d'interdiction soit respecté.

La multiplication des contrôles devraient permettre d'améliorer substantiellement le niveau de respect de la loi, contribuant à une limitation de l'accessibilité du tabac aux mineurs.

Axe 2 : Aider les fumeurs à s'arrêter

Actions de formation des professionnels

- Sensibiliser les équipes des services de soins à l'arrêt du tabac et renforcer l'offre et la pratique du sevrage tabagique, en particulier en cancérologie (priorité du troisième Plan Cancer), cardiologie, pneumologie, anesthésie et chirurgie, psychiatrie, périnatalité (action 107 du plan gouvernemental), infectiologie (plan national de lutte contre le VIH et les IST) et dans les unités sanitaires des établissements pénitentiaires ;

- Mobiliser les sociétés savantes du champ santé pour appuyer une prise en compte de la problématique tabac par les professionnels de santé de leur spécialité ;

- Améliorer la formation initiale et continue des médecins généralistes et des professionnels de santé sur le tabac (actions 104, 106 et 107 du plan gouvernemental) ;
- Former les professionnels socio-éducatifs et leur fournir des outils pour le repérage, l'accompagnement et l'orientation vers des structures de recours (en lien avec les priorités de la SNS en direction des jeunes et des précaires) ;

Actions de recherche

- Identifier, soutenir et évaluer des travaux visant à expérimenter de nouvelles modalités d'aide à l'arrêt pour estimer leur efficience et leur potentiel d'extension au niveau national (actions 7 et 9 et volet recherche du plan gouvernemental) ;
- En ce qui concerne le tabac, élaborer, mettre en place des stratégies adaptées de prévention pour les publics les plus éloignés des dispositifs (action 7 du plan gouvernemental).

Axe 3 : Agir sur l'économie du tabac

Actions législatives et réglementaires

- Améliorer le système de traçabilité des produits du tabac, conformément à la directive 2014/40/UE
- Améliorer la connaissance de la CCLAT par les professionnels concernés pour contribuer à une meilleure compréhension des mesures prises par les pouvoirs publics et participer à une facilitation de leur mise en œuvre,
- Faire paraître tous les deux ans un bilan de la mise en œuvre de la CCLAT au niveau national.

Dès 2004, la France a été l'un des premiers Etats signataire ayant ratifié la convention cadre de lutte antitabac de l'OMS, seule convention internationale de santé publique à ce jour. L'un de ses principes directeurs est que : « La participation de la société civile est essentielle pour atteindre l'objectif de la Convention et de ses protocoles. ». Pour ce faire, il faut mieux faire connaître cette convention aux professionnels concernés. Il s'agit, en particulier de relayer les actions de communication impulsées par l'OMS au niveau national.

Dans le cadre de ses engagements, la France remet tous les deux ans au secrétariat de la CCLAT un rapport sous forme de questionnaire. Sa parution au niveau national sera l'occasion de mettre en évidence les avancées de la lutte contre le tabac dans notre pays.

Annexe 1 : Glossaire

A

AM : Assurance maladie

ARS : Agences régionales de santé

C

CCLAT : Convention cadre de lutte antitabac

CE : Conseil d'État

CIRC : Centre international de recherche sur le cancer

CJC : Consultations jeune consommateur

CLS : Contrats locaux de santé

CNCT : Comité national contre le tabagisme

CNG : Centre national de gestion

CMUC-C : Couverture maladie universelle complémentaire

CNAMTS : Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés

COREVIH : Coordination régionale de lutte contre le VIH

CPOM : Contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens

CSAPA : Centres de soins d'accompagnement et de prévention en addictologie

CSP : Code de la santé publique

CSP+ : Catégorie socioprofessionnelle supérieure

D

DAP : Direction de l'administration pénitentiaire

DGCCRF : Direction générale de la concurrence, de la consommation et de la répression des fraudes

DGCIS : Direction générale de la compétitivité, de l'industrie et des services.

DGCS : Direction générale de la cohésion sociale

DGDDI : Direction générale des douanes et droits indirects

DGER : Direction générale de l'enseignement et de la recherche

DGESCO : Direction générale de l'enseignement scolaire

DGESIP : Direction générale de l'enseignement supérieur et de l'insertion professionnelle

DGOS : Direction générale de l'offre de soins

DGS : Direction générale de la santé

DG Sanco : Direction générale de la santé des consommateurs

DGT : Direction générale du travail

DIRECCTE : Directions régionales des entreprises, de la concurrence, de la consommation, du travail et de l'emploi

DJEPVA : Direction de la jeunesse, de l'éducation populaire et de la vie associative

DLPAJ : Direction des libertés publiques et des affaires juridiques

DPI : Déclaration publique d'intérêt

DPJJ : Direction de la protection judiciaire de la jeunesse

DREES : Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques

DSS : Direction de la sécurité sociale

E

ELSA : Équipes de liaison et de soins en addictologie

F

FIR : Fonds d'intervention régionale

H

HAS : Haute autorité de santé

I

INCa : Institut national du cancer

INPES : Institut national de prévention et d'éducation pour la santé

INSERM : Institut national de la santé et de la recherche médicale

InVS : Institut de veille sanitaire

M

MG : Médecins généralistes

MILDECA : Mission interministérielle de lutte contre la drogue et les conduites addictives

O

OCDE : Organisation de coopération et de développement économiques

OFDT : Observatoire français des drogues et des toxicomanies

OGDPC : Organisme gestionnaire du développement professionnel continu

OMS : Organisation mondiale de la santé

P

PASS : Permanence d'accès aux soins de santé

PJJ : Protection judiciaire de la jeunesse

PMI : Protection maternelle et infantile

PNRT : Programme national de réduction du tabagisme

PVVIH : Personnes vivant avec le VIH

R

RBP : Recommandations de bonne pratique

S

SG-MS : Secrétariat général du ministère de la santé

T

TIS : Tabac Info Service

TSN : Traitement de substitution nicotinique

U

UE : Union européenne

UNCAM : Union nationale des caisses d'assurance maladie

URPS : Unions régionales des professionnels de santé

US : Unités sanitaires

Annexe 2 : Documents de référence

Bibliographie

- ANSM, Cigarette électronique, point d'information. Saint Denis, 2011. http://ansm.sante.fr/S-informer/Points-d-information-Points-d-information/Cigarette-electronique-Point-d-information
- Atlas du tabac (site en anglais, une version française de l'atlas est téléchargeable) : http://www.tobaccoatlas.org/
- Australian governement departemnt of health. Tobacco key facts and figures. 2014. http://www.health.gov.au/internet/main/publishing.nsf/Content/tobacco-kff
- Béguinot, E, Eker, F,Martinet, Y, Ingérence de l'industrie du tabac dans les politiques de santé publique – Etat des lieux et recommandations. 2014. éditions Le Publieur.
- Bur, Yves. Proposition pour une nouvelle politique de lutte contre le tabac : Paris. 2012. http://www.sante.gouv.fr/rapport-de-yves-bur-proposition-pour-une-nouvelle-politique-de-lutte-contre-le-tabac.html
- Chantler, Cyril. Plain Packaging Review : Independent Review into Standardised Packaging of Tobacco. King's college London, avril 2014. http://www.kcl.ac.uk/health/10035-TSO-2901853-Chantler-Review-ACCESSIBLE.PDF.
- Chevreul K, Cadier B, Durand-Zaleski I, Chan E, Thomas D. Cost effectiveness of full coverage of the medical management of smoking cessation in France. Tobacco Control. 2012:1-8. http://tobaccocontrol.bmj.com/content/23/3/223.abstract
- Cour des comptes. Les politiques de lutte contre le tabagisme : Rapport de la Cour des comptes (décembre 2012), http://www.ccomptes.fr/Actualites/Archives/Les-politiques-de-lutte-contre-le-tabagisme
- Daudigny, Yves & Deroche, Catherine. Rapport d'information fait au nom de la mission d'évaluation et de contrôle de la sécurité sociale et de la commission des affaires sociales n° 399 (26 février 2014), Fiscalité et santé publique : état des lieux des taxes comportementales : http://www.senat.fr/notice-rapport/2013/r13-399-notice.html
- Diaz Gomez, Cristina, Aurélie Lermenier, et Maïtena Milhet. Évaluation de l'interdiction de vente d'alcool et de tabac aux mineurs. Saint Denis: OFDT, septembre 2013. http://www.ofdt.fr/ofdtdev/live/publi/rapports/rap13/epfxcdta.html .
- Directive européenne 2014/40 du 3 avril 2014 relative au rapprochement des dispositions législatives, réglementaires et administratives des États membres en matière de fabrication, de présentation et de vente des produits du tabac et des produits connexes, et abrogeant la directive 2001/37/C : http://eur-lex.europa.eu/legal-content/FR/TXT/PDF/?uri=OJ:JOL_2014_127_R_0001&rid=5
- Fong, G ; Craig, L ; Guignard R et al ; Evaluation de l'interdiction de fumer dans les lieux publics en France un an et cinq ans après sa mise en œuvre : résultats de l'enquête ITC France. Bulletin Epidémiologique Hebdomadaire. N°20-21. 28 mai 2013.
- Gallopel-Morvan, Karine. « Le paquet de cigarettes neutre ou standardisé : quelle efficacité pour lutter contre le tabagisme ? ». Bulletin Epidémiologique Hebdomadaire. N°20-21. 28 mai 2013.
- Gallopel-Morvan, Karine, Crawford Moodie, David Hammond, Figen Eker, Emmanuelle Beguinot, et Yves Martinet. « Consumer Perceptions of Cigarette Pack Design in France: A Comparison of Regular, Limited Edition and Plain Packaging ». Tobacco Control 21, no 5 (septembre 2012): 502-6. doi:10.1136/tobaccocontrol-2011-050079.
- Hammond, David. « Health Warning Messages on Tobacco Products: A Review ». Tobacco Control 20, no 5 (9 janvier 2011): 327-37. doi:10.1136/tc.2010.037630.

- Hill, Catherine. « Epidémiologie du tabac ». La Revue du praticien 62, no 3 (mars 2012): 325, 327-329.
- INSERM. Expertise collective. Tabac, comprendre la dépendance pour agir. Paris. 2004. http://www.ipubli.inserm.fr/handle/10608/58
- INSERM. Expertise collective. Conduites addictives chez les adolescents : Usages, prévention et accompagnement. Paris. 2014. http://www.ipubli.inserm.fr/handle/10608/5965
- Jacquat, Denis & Touraine, Jean-Louis. Rapport d'information déposé par le comité d'évaluation et de contrôle des politiques publiques sur l'évaluation des politiques publiques de lutte contre le tabagisme 28 février 2013) : http://www.assemblee-nationale.fr/14/rap-info/i0764.asp
- Kopp, Pierre, et Philippe Fenoglio. Le coût social des drogues en 2003. Les dépenses publiques dans le cadre de la lutte contre les drogues en France en 2003. Saint Denis: OFDT, avril 2006. http://www.ofdt.fr/ofdtdev/live/publi/rapports/rap06/epfxpkm4.html
- Lermenier, Aurélie. « Tabac ». In Drogues et addictions, données essentielles, 278-287. Saint Denis: OFDT, 2013. http://www.ofdt.fr/BDD/publications/docs/da13tab.pdf
- Lermenier, Aurélie. Le tabac en France : un bilan des années 2004-2014.Tendances. Saint Denis: OFDT, 2013. http://www.ofdt.fr/BDD/publications/docs/eftxalu5.pdf
- Milhet, M ; Dias-Gomez, C ; Martinez M. L'interdiction de vente de tabac aux moins de dix-huit ans : une étude qualitative sur le point de vue des mineurs et leurs stratégies de contournement de a loi. Bulletin Epidémiologique Hebdomadaire. N°20-21. 28 mai 2013.
- Moodie C, Stead M, Bauld L, et al. Plain tobacco packaging: A systematic review. Stirling: Centre for Tobacco Control Research, University of Stirling; 2012.
- Moodie C, Angus K., Stead M., Bauld L. Plain tobacco packaging research: An Update. Stirling: Centre for Tobacco Control Research, University of Stirling; 2013.
- OMS, Convention cadre de lutte antitabac de l'Organisation mondiale de la santé, Genève, 2003 : http://www.who.int/fctc/text_download/fr/
- OFT, Rapport et avis d'experts sur la e-cigarette, Paris, 2013. http://www.ofta-asso.fr/docatel/Rapport_e-cigarette_VF_1.pdf
- Swift E. et coll : "Australian smokers' support for plain or standardised packs before and after implementation: findings from the ITC Four Country Survey". Tob Control 2014 Nov 10.
- Wakefield, Melanie A., Linda Hayes, Sarah Durkin, et Ron Borland. « Introduction Effects of the Australian Plain Packaging Policy on Adult Smokers: A Cross-Sectional Study ». BMJ Open 3, no 7 (7 janvier 2013): e003175. doi:10.1136/bmjopen-2013-003175.
- Wilquin, Jean-Louis, Juliette Clément, et Béatrice Lamboy. « Interventions validées ou prometteuses en prévention du tabagisme chez les jeunes : synthèse de la littérature ». Santé Publique S1, no N°1 Suppl. (1 février 2013): 65-74.
- Young JM et coll : "Association between tobacco plain packaging and Quitline calls: a population-based, interrupted time-series analysis'; Med J Aust. 2014 ;200(1):29-32.
- Zacher M. et coll "Personal tobacco pack display before and after the introduction of plain packaging with larger pictorial health warnings in Australia: an observational study of outdoor café strips". Addiction. 2014 Apr;109(4):653-62.

Sitographie

- Alliance contre le tabac :
  http://www.alliancecontreletabac.org/
- Comité national contre le tabagisme :
  http://www.cnct.fr/
- Commission européenne : Page tabac
  http://ec.europa.eu/health/tobacco/portal/index_fr.htm
- Convention cadre de lutte antitabac (CCLAT) de l'OMS :
  http://www.who.int/fctc/fr/
- Droits des non fumeurs :
  http://dnf.asso.fr/
- ESPAD : enquête internationale auprès de mineurs
  http://www.espad.org/
- ITC (international tobacco control):
  http://www.itcproject.org/
- OMS : Bureau régional Europe de l'OMS :
  http://www.euro.who.int/en/health-topics/disease-prevention/tobacco
- Société française de tabacologie :
  http://www.societe-francaise-de-tabacologie.com/index.html
- Tabac info service : service d'information national français sur le tabac
  http://www.tabac-info-service.fr/
- Tableau de bord tabac de l'OFDT :
  http://www.ofdt.fr/ofdtdev/live/donneesnat/tabtabac.html

Annexe 3 : Méthode d'élaboration du PNRT

Annoncé par le président de la République François Hollande le 4 février 2014, le programme national de réduction du tabagisme, objectif 10 du plan cancer 2014-2019 a été élaboré sous le pilotage de la ministre des Affaires sociales, de la Santé et des droits des femmes.

Un comité de pilotage a été constitué, sous la présidence du directeur général de la santé il associait l'Institut national du cancer, la Mission interministérielle de lutte contre les drogues et les conduites addictives, la Direction de la sécurité sociale, la Direction générale de l'offre de soins, l'Institut national de prévention et d'éducation à la santé, la Caisse nationale d'assurance maladie, le Secrétariat général des ministères chargés des affaires sociales et la Direction des ressources humaines.

Un comité technique réunissant les mêmes acteurs ainsi que l'Institut de veille sanitaire, l'Observatoire français des drogues et des toxicomanies, la Direction de la recherche des études de l'évaluation et des statistiques, la Haute autorité de santé a également été constitué.

De mars 2014 à juin 2014, le comité technique a élaboré des propositions thématiques qui ont été examinées par le comité de pilotage pour aboutir à un ensemble cohérent de propositions.

Le 25 septembre 2014 la ministre en charge de la santé a annoncé les actions du premier programme français de réduction du tabagisme.

Enfin, sur la base de ces annonces le programme national a été rédigé pour être remis au président de la République à l'occasion du premier anniversaire du plan cancer.

Annexe 4 : Membres du comité de pilotage et du comité technique

Membres du comité de pilotage

Présidé par Benoit Vallet, directeur général de la santé

Ministère des affaires sociales, de la santé et des droits des femmes

Direction générale de la santé
Bessa Zinna
Bello Pierre-Yves
Drouin Caroline
Dutil Jocelyn
Joannard Nathalie
Lavy Laurence
Melihan-Cheinin Pascal

Direction de la sécurité sociale
Fatôme Thomas
Monasse Hélène
Renard Bérénice

Direction générale de l'offre de soins
Debeaupuis Jean
Anglade Cécile
Prade Isabelle

Direction des ressources humaines
Champion Danièle

Secrétariat général des ministères chargés des affaires sociales, de la santé et des droits des femmes
Prisse Nicolas

Mission interministérielle de lutte contre les drogues et les conduites addictives
Jourdain-Menninger Danièle
Lecoq Gilles

Institut national du cancer
Buzyn Agnès
Bessette Dominique
Deutsch Antoine

Institut national de prévention et d'éducation pour la santé
Le Luong Thanh
Arwidson Pierre
Bauchet Emmanuelle
Lutz Caroline
Smadja Olivier

CNAMTS
Lignot-Leloup Mathilde
Ronflé Eléonore
Vincent Isabelle

Membres du comité technique

Le comité technique réunissait les acteurs du comité de pilotage ainsi que :

Direction de la sécurité sociale
Arvis Mariam
Billon-Galland Marion
Cruveillier-Boch Catherine
Natali JP

Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques
Prost Thierry

Haute autorité de santé
Lavie Estelle
Pitard Alexandre

Institut national de prévention et d'éducation pour la santé
Guignard Romain

Institut de veille sanitaire
Grémy Isabelle
Chatignoux Edouard

Observatoire français des drogues et des toxicomanies
Palle Christophe

Liberté • Égalité • Fraternité
RÉPUBLIQUE FRANÇAISE
MINISTÈRE
DES AFFAIRES SOCIALES,
DE LA SANTÉ
ET DES DROITS DES FEMMES

PLAN CANCER 2014-2019

4 FÉVRIER 2014

RÉÉDITION MARS 2015

Plan cancer 2014-2019

PLANKPNRT14

Liberté • Égalité • Fraternité
RÉPUBLIQUE FRANÇAISE
MINISTÈRE
DES AFFAIRES SOCIALES
ET DE LA SANTÉ

Liberté • Égalité • Fraternité
RÉPUBLIQUE FRANÇAISE
MINISTÈRE
DE L'ENSEIGNEMENT SUPÉRIEUR
ET DE LA RECHERCHE

INSTITUT
NATIONAL
DU CANCER