Haut Conseil de
la **santé publique**

rapport d'étape

Évaluation du Plan cancer

1. Les objectifs de la loi de santé publique de 2004 relatifs à la prévention et au dépistage des cancers

avril 2008

Sommaire

Groupe de travail…… 2

Synthèse 3

1 Contexte et mission 6

2 Méthodes, sources pour l'évaluation 7

3 Estimation de l'incidence et de la mortalité par cancer en France de 1980 à 2005 10

4 Prévention primaire 19

4.1 Eléments clefs 19

4.2 Le tabac 23

4.3 L'alcool 36

4.4 La nutrition 44

4.5 Les cancers professionnels et environnementaux 53

5 Dépistage 72

5.1 Eléments clefs 72

5.2 Le dépistage organisé du cancer du sein……..72

5.3 Le dépistage organisé du cancer colorectal……..77

5.4 Le dépistage du cancer du col de l'utérus……79

5.5 La détection précoce du mélanome……86

6 Conclusions et préconisations pour l'évaluation. 93

7 Annexes 95

7.1 Lettre de mission 96

7.2 Liste des membres du HCSP impliqués 97

7.3 Mesures du Plan cancer..... 99

7.4 Objectifs de la loi relative à la politique de santé publique portant sur la prévention et le dépistage du cancer……103

7.5 Tableau de correspondance entre objectifs de la loi de santé publique et mesures du Plan cancer……105

7.6 Principales sources de données utilisées……...108

Groupe de travail

L'évaluation a été conduite par François Alla, professeur de santé publique à la faculté de médecine de Nancy-Université et Marie-Paule Serre, professeur de gestion à l'Université Pierre et Marie Curie (Paris VI).

Le groupe de travail était composé de représentants du secrétariat général du HCSP (Renée Pomarède, Marc Duriez et Antoinette Desportes-Davonneau), de la Direction générale de la santé (Zinna Bessa, Elisabeth Gaillard et Rosemary Ancelle-Park) et de la Direction de la recherche, de l'évaluation et des statistiques (Emmanuelle Salines), avec le soutien de Laetitia Minary, chargée de projet au CHU de Nancy.

A été auditionnée Mme Martine Lequellec-Nathan, directrice générale adjointe chargée de la santé publique à l'INCa.

L'écriture a été assurée par François Alla, Marie-Paule Serre et Laetitia Minary, avec le concours de Chantal Cases (directrice de l'Irdes) et Renée Pomarède, pour la partie méthodes et sources pour l'évaluation, et d'Emmanuelle Salines pour la partie cadrage transversal.

Une relecture a été assurée par le secrétariat général du HCSP et par les membres du HCSP pour les objectifs les concernant (cf. annexe 7.2).

Synthèse

Le Haut Conseil de la santé publique (HCSP) a été saisi par la ministre en charge de la santé d'une demande d'évaluation du Plan cancer 2003-2007 par lettre du 9 janvier 2008. Cette évaluation a pour objectif « d'évaluer l'impact du plan qui vient à expiration, afin de permettre de mesurer les avancées réalisées et de dégager les principales orientations du futur plan ». Cette évaluation a débuté mi-janvier au sein du HCSP. Elle sera réalisée en deux étapes : une évaluation préliminaire de l'atteinte des objectifs de la loi relative à la politique de santé publique portant sur la prévention et le dépistage du cancer pour mars 2008 ; une évaluation de l'ensemble du plan pour fin 2008. Ce rapport concerne la première étape de l'évaluation. Il a été réalisé à partir des données publiées disponibles. A ce stade, il n'est pas possible d'attribuer les évolutions constatées au plan cancer. Les quelques grandes pistes pour l'avenir qui ont pu être dégagées restent à confirmer, compléter et affiner lors des phases suivantes de l'évaluation.

Un premier constat : l'insuffisance du système d'information

La première leçon de cette étape d'évaluation du plan cancer est l'insuffisance notoire des informations nécessaires à l'évaluation et à la prise de décision en santé publique. Cependant des informations existent mais sont aujourd'hui difficilement disponibles et peu exploitées, en particulier les données issues du système de soin. Le futur plan doit comporter des objectifs quantifiés relatifs à la santé et à ses déterminants. Il conviendra d'insérer, dès la conception du plan, un tableau de bord de suivi des objectifs, des indicateurs et des actions mises en œuvre, d'en préciser le pilotage et le financement. Il faut ajouter que l'information est particulièrement pauvre en ce qui concerne les écarts à la moyenne et ne permettent pas de mesurer la situation de populations particulières, notamment les groupes les plus vulnérables.

Analyse des objectifs relatifs à la prévention primaire

Treize objectifs de la loi de santé publique s'intégraient à cet axe. Avec les données en notre possession, on peut affirmer que les objectifs relatifs au tabac et à la nutrition sont globalement atteints ou en progression, en revanche les deux objectifs relatifs à l'alcool sont plus problématiques, avec même une tendance à l'aggravation pour les consommations à risque, notamment chez les jeunes.

Concernant les risques environnementaux et professionnels, les trois objectifs concernant l'air et l'eau seraient partiellement atteints, l'objectif concernant le radon n'est pas atteint, on est en attente de données pour l'objectif concernant les cancers professionnels.

Certaines évolutions sont le prolongement de tendances décennales (ex : la baisse de la consommation quotidienne d'alcool). En outre, de nombreuses actions ont été entreprises, notamment dans le cadre du PNNS et du PNSE. Il n'est donc pas possible à ce stade de l'évaluation de conclure à l'imputabilité de ces évolutions aux mesures du plan cancer. De plus, un certain nombre d'interventions avait un caractère local et leurs résultats, même positifs, ne peuvent être mis en évidence par le suivi d'indicateurs nationaux.

Les objectifs relatifs à la réduction des facteurs de risque doivent être maintenus, après mise à jour et reformulation éventuelle. Un système de suivi d'indicateurs doit être prévu et mis en place. Il persiste par ailleurs un besoin de générer ou d'améliorer les systèmes d'information relatifs aux mesures des niveaux d'exposition et des comportements de la population et des conséquences sanitaires de ces facteurs.

En matière de prévention, l'approche doit être une approche par facteur de risque et/ou niveau d'intervention (prévention primaire) et/ou population et non pas une approche par pathologie. Cette préoccupation doit se refléter dans le choix du mode de pilotage et de mise en œuvre de cet aspect du futur plan. Ceci passe entre autres par une articulation avec les autres plans et programmes de santé publique.

La prise en compte des inégalités sociales de santé doit être présente dans la formulation des objectifs (intégrer des objectifs qui tiennent compte des écarts), doit se refléter dans le choix des indicateurs de résultats et dans leurs modalités de mesure et peut nécessiter des modalités d'actions spécifiques.

Analyse des objectifs relatifs au dépistage

Quatre objectifs de la loi de santé publique concernaient la mise en œuvre des dépistages des cancers : deux dépistages principalement organisés (cancer du sein et cancer du colon) et deux individuels (cancer du col de l'utérus et mélanome). A l'exception du dépistage du mélanome, pour lequel nous ne disposons pas de suffisamment d'information pour juger les objectifs sont atteints ou en voie de l'être (le dépistage du cancer du sein a notablement progressé en terme de couverture et de qualité, le dépistage du cancer du colon est en voie d'être généralisé, la baisse de l'incidence du cancer du col de l'utérus se poursuit). En revanche, les couvertures sont encore faibles pour ces quatre dépistages et les inégalités sociales importantes.

Dans le principe, ces quatre objectifs doivent être maintenus, ils doivent cependant être reformulés pour tenir compte de l'évolution du contexte. La surveillance des indicateurs clefs doit se poursuivre et doit même être renforcée, avec une amélioration du suivi des femmes dépistées, particulièrement dans le cadre des dépistages individuels.

La réduction des inégalités, l'amélioration des performances et de l'efficience des dépistages passent par une amélioration de la complémentarité entre les deux systèmes organisé et individuel (système organisé et individuel).

L'atteinte des objectifs de réduction des inégalités sociales d'accès au dépistage peut nécessiter la mise en place de modalités d'actions spécifiques, le cas échéant dans le cadre d'expérimentations.

Pour une évaluation optimale des dépistages actuels et avant éventuellement d'envisager de nouveaux dépistages, il serait important de se doter d'un outil de veille scientifique, technologique et de santé publique.

1 Contexte et mission

Le Haut Conseil de la santé publique a été créé par la loi du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique. Ses membres ont été nommés par arrêté du ministre chargé de la santé en date du 26 janvier 2007 (JO du 10 février 2007).

Il a notamment pour mission d'évaluer les objectifs nationaux de santé publique et des plans d'action qui y contribuent. [1] Il peut également être consulté par les ministres intéressés sur toute question relative à la prévention, à la sécurité sanitaire ou à la performance du système de santé.

Le plan de mobilisation nationale contre le cancer a été annoncé par le président de la République le 24 mars 2003. Les mesures qu'il contient s'échelonnent selon un échéancier prévu d'avril 2003 à décembre 2007. Ce plan a été repris comme l'un des cinq plans stratégiques de santé publique pour la période couverte par la loi du 9 août 2004, soit 2004-2008.

Les soixante dix mesures du plan cancer concernaient : l'observation de la santé, la prévention primaire, le dépistage, le soin et l'accompagnement des patients, la formation, la recherche et la création de l'INCa.

Le HCSP a été saisi par la ministre en charge de la santé d'une demande d'évaluation du plan cancer 2003-2007 par lettre du 9 janvier 2008. Cette évaluation a pour objectif « d'évaluer l'impact du plan qui vient à expiration, afin de permettre de mesurer les avancées réalisées et de dégager les principales orientations du futur plan » (voir lettre de mission en annexe 7.1).

Cette évaluation a débuté à la mi- janvier 2008 au sein du HCSP.

L'évaluation sera réalisée en deux étapes : une évaluation préliminaire de l'atteinte des objectifs de la loi relative à la santé publique portant sur la prévention et le dépistage du cancer pour mars 2008 ; une évaluation de l'ensemble du plan pour fin 2008.

Ce rapport concerne la première étape de l'évaluation.

[1] Art. L. 1411-2 et L.1411-4 du CSP

2 Méthodes, sources pour l'évaluation

2.1. Descriptif

Cette première étape avait pour objectif d'évaluer l'atteinte au niveau national des objectifs « prévention » et « dépistage » de la loi relative à la santé publique en lien avec le cancer, soit 17 des 100 objectifs de la loi (listés en annexe 7.4).

A ces objectifs, correspondaient 21 des 70 mesures du plan cancer. Le tableau de correspondance des objectifs de la loi de santé publique et des mesures du plan cancer figure en annexe 7.5.

Compte tenu du temps très court imparti pour la réalisation d'un rapport d'étape, l'évaluation a été réalisée à partir des données publiques disponibles.

Spécifiquement, la justification de chaque objectif a été rédigée pour l'ensemble des thématiques à partir du rapport de la commission d'orientation sur le cancer (2003) et du rapport GTNDO (2004).

Les indicateurs de suivi des objectifs sont ceux identifiés dans le rapport "Indicateurs de suivi de l'atteinte des 100 objectifs du rapport annexé à la loi du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique" (DGS, DREES, juillet 2005).

Les valeurs obtenues proviennent :

- essentiellement du rapport sur l'état de santé de la population en France préparé par la DREES, (l'état de santé de la population en France - Rapport 2007).
- des dernières données d'incidence et de mortalité par cancer en France et des tendances des 25 dernières années (1980-2005) rendues publiques le 21 février 2008 par l'Institut de veille sanitaire, le réseau Francim, les hospices civils de Lyon et l'Institut national du cancer sont disponibles sur le site de l'InVS,
- et des informations synthétisées par les commissions spécialisées du HCSP.

2.2. Les difficultés méthodologiques

- l'insuffisance des sources nécessaires à l'évaluation

La première leçon de cette étape d'évaluation du plan cancer est l'insuffisance notoire des informations nécessaires à l'évaluation et ceci pour deux raisons.

En premier lieu, comme le montre la chronologie rappelée ci-dessus, le plan cancer a été élaboré préalablement à la loi relative à politique la santé publique selon une approche différente de la loi de santé publique et qui ne favorise pas l'évaluation de son impact sur la santé de la population.

Le plan cancer est une liste de 70 mesures assortie d'un nombre réduit d'indicateurs, notamment en matière de prévention et de dépistage. Il ne comporte pas d'objectifs quantifiés d'impact sur la santé des populations.

L'évaluation de l'effet des mesures sur les déterminants et sur l'état de santé passe par la reconstitution d'une planification *a posteriori* par articulation d'objectifs généraux de santé (ceux de la loi relative à la santé publique) et d'objectifs opérationnels (les mesures du plan cancer).

En second lieu, contrairement à ce qui était prévu dans le plan cancer, il n'y a pas eu la mise en place d'un réel système d'information permettant de suivre la réalisation des mesures et actions nationales ou régionales. Ainsi, il n'est pas possible à ce jour de lister avec précision les actions réalisées dans le cadre du plan cancer. Un des enjeux majeurs du futur plan est la connaissance des actions effectuées, notamment au niveau local ou régional, de leur efficience et de leur efficacité et impact en termes de santé publique.

Par ailleurs, beaucoup de données épidémiologiques nécessaires à l'évaluation ne sont pas aujourd'hui disponibles.

Dans de nombreux cas, en raison de l'histoire naturelle de la maladie, la période retenue est trop brève (4 ans) pour que l'impact sur la santé soit mesurable aujourd'hui (ex : tabac et cancer du poumon).

Certaines données sont en cours de recueil (ex : exposition des travailleurs aux agents cancérigènes, enquête SUMER 2008).

Pour de nombreux indicateurs, le délai de mise à disposition des résultats ne permet pas une évaluation de l'impact du plan. Ainsi, les données relatives à l'incidence par cancer en France, publiées par l'InVS en février 2008 portent pour l'essentiel sur 2003 et font l'objet d'une extrapolation à 2005.

Cependant des informations existent mais sont aujourd'hui difficilement disponibles et peu exploitées, en particulier les données relatives aux soins.

Il faut ajouter que l'information est particulièrement pauvre en ce qui concerne les écarts à la moyenne et ne permet pas de mesurer la situation de populations particulières, notamment les groupes les plus vulnérables.

- la difficile imputation des évolutions

L'évolution dans le temps des facteurs de risque est multifactorielle. Certaines évolutions sont le prolongement de tendances décennales (ex : la baisse de la consommation quotidienne d'alcool). De nombreuses actions ont été entreprises, notamment dans le cadre du PNNS et du PNSE. Il n'est pas possible de conclure à ce stade de l'évaluation, à l'imputabilité de ces évolutions aux mesures du Plan cancer.

De plus, un certain nombre d'interventions avait un caractère local et leurs résultats, même positifs, ne peuvent être mis en évidence par le suivi d'indicateurs nationaux.

3 Estimation de l'incidence et de la mortalité par cancer en France de 1980 à 2005

Ce chapitre reprend les éléments du dossier de presse et du communiqué de presse de présentation des dernières données d'incidence et de mortalité par cancer en France et des tendances des 25 dernières années (1980-2005) rendues publiques le 21 février 2008 par l'Institut de veille sanitaire, le réseau Francim, les hospices civils de Lyon et l'Institut national du cancer et disponibles sur le site de l'InVS.

Résumé

L'évolution des cancers ces 25 dernières années en France est marquée par des divergences entre l'incidence et la mortalité. C'est l'un des constats dressés à l'occasion de la publication* et de la présentation des dernières données d'incidence et de mortalité par cancer en France pour la période 1980-2005. Alors que l'incidence a considérablement augmenté, le risque de mortalité par cancer a diminué.

En 2005, on estime à 320 000 le nombre de nouveaux cas de cancer (180 000 chez les hommes et 140 000 chez les femmes). Chez l'homme, les trois cancers les plus fréquents sont ceux de la prostate, du poumon et du rectum. Chez la femme, il s'agit des cancers du sein, du colon rectum et du poumon. En comparaison avec la situation en 2000, en 2005 le cancer de la prostate demeure le plus fréquent chez l'homme et celui du sein le plus fréquent chez la femme. La progression a été plus importante pour les cancers de la prostate qui, avec plus de 62 000 nouveaux cas en 2005, devancent les cancers du sein responsables de près de 50 000 cas.

En 25 ans (1980-2005), l'incidence du cancer a quasiment doublé chez l'homme (+ 93 %) et fortement augmenté chez la femme (+ 84 %). Ces augmentations sont liées notamment à l'essor démographique et au vieillissement de la population, mais 52 % des cas supplémentaires chez l'homme et 55 % chez la femme sont dus à l'augmentation du risque.

Concernant la mortalité, on estime à 146 000 le nombre de personnes décédées d'un cancer en 2005 soit une augmentation de 13 % depuis 1980. Cette augmentation est très inférieure à celle prévue par l'accroissement et le vieillissement de la population (37 %) car le risque de mortalité a sensiblement diminué au cours de ces 25 dernières années (- 24 % globalement ; - 29 % chez l'homme et - 22 % chez la femme).

Le cancer du poumon reste le plus meurtrier (26 624 décès en 2005) et touche majoritairement les hommes (78 % des 31 000 cas en 2005). Toutefois, la mortalité par cancer du poumon diminue chez l'homme alors qu'elle augmente de façon préoccupante chez la femme entre 2000 et 2005 (+ 4,2 % par an) en lien avec l'évolution du tabagisme.

Cette divergence entre mortalité et incidence s'explique par l'évolution croisée des cancers : les tumeurs les plus agressives (œsophage, estomac, voies aérodigestives supérieures) ont chuté ces dernières années chez l'homme en lien avec la diminution de la consommation alcoolo-tabagique tandis que les cancers de pronostic plus favorable, pouvant être diagnostiqués très précocement, ont augmenté (sein, prostate).

Le cancer du sein représente à lui seul la moitié des cas de cancer supplémentaires survenus ces 25 dernières années chez la femme. Chez l'homme, 70 % des cas supplémentaires concernent la prostate. Pour ces deux cancers, la modification des pratiques médicales et l'augmentation de l'activité de dépistage ont joué un rôle majeur dans le diagnostic croissant de ces maladies. Notons que le bénéfice de l'extension du dosage de PSA en population générale, responsable de l'augmentation de l'incidence des cancers de la prostate, n'a pas été scientifiquement démontré.

Encadré méthodologique

Méthode

Les données qui ont servi à l'estimation de l'incidence des cancers en France sont issues de la base de données de plus de 600 000 cas de cancers diagnostiqués entre 1975 et 2003 par l'ensemble des registres français de cancer (réseau FRANCIM). Les registres ne couvrent pas l'ensemble de la population française et ne sont peut être pas représentatifs de celle-ci. C'est pourquoi, l'incidence nationale n'est pas une simple extrapolation du taux d'incidence observée dans la zone couverte par les registres. Elle est obtenue par modélisation statistique du rapport entre le nombre de cas diagnostiqués et le nombre de décès dus au cancer dans l'ensemble des départements couverts par un registre. Ce modèle permet ensuite de calculer le nombre de cas diagnostiqués en France pour chaque sexe, chaque âge et 25 localisations cancéreuses différentes, en se basant sur les données de mortalité nationales fournies par le CépiDc (Centre d'épidémiologie sur les causes médicales de décès).

*Publication des données sur le site de l'InVS ((http : //surveillance/cancers) et prochainement dans la Revue d'Epidémiologie et de Santé Publique.

Les données d'incidence des registres n'étant disponibles pour des raisons techniques que jusqu'en 2003, les chiffres 2005 sont issus de prédictions à court terme issues d'un modèle statistique. Comme toute prédiction, elles peuvent s'avérer finalement plus ou moins éloignées de la réalité. Ce risque « statistique » est ici raisonnable notamment parce que l'extrapolation ne porte que sur deux années.
Toutefois, dans le cas d'une inflexion radicale et subite de l'incidence d'un cancer sur les années 2004-2005 pour lesquelles les données ne se sont pas encore disponibles, la différence pourrait être importante. Cette situation ne pourrait pratiquement survenir qu'en cas de survenue ou de disparition brutale d'un facteur de promotion des tumeurs. Il est vraisemblable qu'on l'observera pour le cancer du sein suite à la réduction du recours aux traitements hormonaux de substitution.

 Résultats globaux et interprétation des grandes tendances

Le nombre de nouveaux cas de cancer en 2005 en France a été estimé à près de 320 000 pour les 2 sexes confondus, 180 000 chez les hommes et 140 000 chez les femmes. En 2005, les 3 cancers les plus fréquents chez l'homme sont le cancer de la prostate, le cancer du poumon et le cancer du colon rectum avec respectivement 62 000, 24 000 et 20 000 nouveaux cas en 2005. Chez la femme, les 3 cancers les plus fréquents sont le cancer du sein, le cancer du colon-rectum et le cancer du poumon avec respectivement 50 000, 17 500 et 7 000 nouveaux cas. Par rapport à l'année 2000, le cancer de la prostate a encore accentué sa croissance pour être désormais le cancer le plus fréquent. Le cancer du poumon est devenu le 3ème cancer le plus fréquent chez la femme (après les cancers du sein et du colon-rectum).

Depuis 1980 où le nombre de nouveaux cas de cancers s'élevait à 170 000, ce nombre a presque doublé chez l'homme (augmentation de 93 %) et a progressé de 84 % chez la femme. La prise en compte des modifications démographiques de la population française ces 25 dernières années montre que **25 % de l'augmentation du nombre de cas est due à l'augmentation de la population et 20 % à son vieillissement** (le risque de cancer augmentant avec l'âge). Un peu plus de la moitié des cas supplémentaires est due à l'augmentation du risque (52 % chez l'homme et 55 % chez la femme).

Le nombre de décès par cancer en 2005 a été estimé à 146 000, traduisant une augmentation de 13 % depuis 1980. Cette augmentation du nombre de décès par cancer est très inférieure à celle que laissaient prévoir l'augmentation et le vieillissement de la population française (37 %) et le risque de mortalité par cancer a en fait diminué de 24 % entre 1980 et 2005.

La diminution du taux standardisé de mortalité par cancer est en moyenne de - 1,1 % par an chez l'homme et - 0,9 % chez la femme. Elle est encore plus marquée ces 5 dernières années, respectivement - 2,5 % et -1,2 %.

Ainsi, pour l'ensemble des cancers, les évolutions au cours du temps de l'incidence et de la mortalité sont divergentes : augmentation de l'incidence et baisse de la mortalité. Cette divergence s'explique en particulier par l'évolution croisée des cancers les plus agressifs dont l'incidence chute ces dernières années, comme par exemple le cancer de l'œsophage, de l'estomac et des voies aérodigestives supérieures et des cancers de pronostic plus favorable, en augmentation, comme les cancers du sein et de la prostate.

Considérant l'ensemble des localisations cancéreuses dont l'incidence augmente, l'analyse des données montre que chez la femme, la moitié des cas supplémentaires est représentée par des **cancers du sein** et chez l'homme environ 70 % des cas supplémentaires sont représentés par des **cancers de la prostate**, ces deux cancers ayant fait **l'objet d'un dépistage croissant ces 25 dernières années, conduisant à une évolution fortement divergente de leur incidence et de leur mortalité**. Ainsi, **ces résultats confirment qu'à côté des évolutions démographiques, les modifications des pratiques médicales et en particulier l'extension du dépistage, jouent un rôle éminent dans l'augmentation du nombre de cas de cancers en France**, dont une partie n'aurait jamais émergé cliniquement en l'absence de dépistage. Pour autant, l'évolution de la démographie et des pratiques médicales n'expliquant pas à elles seules l'augmentation constatée, **l'hypothèse que les modifications de l'environnement en soient responsables en partie, doit faire l'objet d'un effort de recherche** constant portant à la fois sur l'existence et la nature du lien causal et sur la mesure de l'exposition des populations à des cancérogènes avérés ou probables.

La situation et l'évolution de grandes localisations cancéreuses

Le cancer du poumon

Avec 26 624 décès en 2005, le cancer du poumon est le cancer le plus important en termes de mortalité. Parmi les 30 651 nouveaux cas annuels, 78 % surviennent chez l'homme. Les taux d'incidence standardisés en 2005 sont de 50,5 et 12,6 respectivement chez l'homme et chez la femme. Chez l'homme, sur la période 2000-2005, le taux d'incidence a diminué en moyenne chaque année de - 0,5 % par an et le taux de mortalité de - 1,7 %. Au contraire, l'incidence et la mortalité ont augmenté chez la femme pendant la même période de + 5,8 % et + 4,2 % par an. Le taux d'incidence standardisé est de 3,6 en 1980 et de 12,6 en 2005, soit une variation annuelle moyenne de + 5,1 %. Dans le même temps, la mortalité a augmenté de 3,9 en 1980 à 9,4 en 2005, soit une variation annuelle moyenne de + 3,5 %. Les tendances du cancer du poumon en France sont similaires à celles relevées dans d'autres pays développés, comme en Grande-Bretagne et aux États-Unis, où après une forte augmentation, l'incidence du cancer broncho-pulmonaire s'est stabilisée à partir des années 1950 et a commencé à décroître dans les années 1980. La diminution chez l'homme comme l'augmentation chez la femme s'expliquent par les modifications de la consommation tabagique. Chez la femme, l'ampleur de la croissance est préoccupante et justifie pleinement la poursuite des efforts de prévention primaire envers le tabagisme.

Le cancer du sein

Le cancer du sein demeure le cancer le plus fréquent chez la femme. Le nombre de nouveaux cas pour l'année 2005 a été estimé à 49 814, soit un taux standardisé d'incidence de 101,5. Il représente également chez la femme le premier cancer en termes de mortalité avec un taux de 17,7 pour l'année 2005. En Europe, la France est un pays à fort taux d'incidence du cancer du sein. L'incidence du cancer du sein croît régulièrement depuis 1980 de + 2,4 % en moyenne par an. A l'inverse, le taux de mortalité décroît doucement depuis les années 1998-2000 de - 1,3 % en moyenne chaque année. Il est difficile de quantifier la part due à l'évolution des facteurs de risque environnementaux ou comportementaux, comme l'accroissement de l'âge au premier enfant, dans l'élévation de l'incidence du cancer du sein.

L'extension de la pratique du dépistage organisé entre 1990 et 2003 venant s'ajouter à la pratique individuelle de dépistage pourrait expliquer une partie de l'évolution divergente entre l'incidence et la mortalité, en complément de l'amélioration de la prise en charge thérapeutique. Ces données, basées sur un recueil ne dépassant pas l'année 2003, ne permettent pas d'apprécier une éventuelle diminution de l'incidence dans les années les plus récentes comme celle observée dans les années 2005-2006 grâce aux données de l'assurance maladie, où cette évolution a été attribuée à la réduction du recours au traitement hormonal de synthèse[2].

Le cancer de la prostate

En 2005, le cancer de la prostate est le plus fréquent de tous les cancers tous sexes confondus avec 62 245 nouveaux cas. Il est le 4e en termes de mortalité avec 9 202 décès. C'est le cancer dont l'incidence a le plus augmenté ces 25 dernières années avec un accroissement annuel moyen de + 6,3 %, encore plus marquée entre 2000 et 2005 (+ 8,5 %). A l'inverse le taux de mortalité décroît régulièrement depuis 1980, en moyenne de - 0,9 % par an, cette décroissance atteignant - 2,5 % durant la période la plus récente 2000-2005. La France est désormais un des pays européens où l'incidence du cancer de la prostate est la plus élevée. En 2005, le taux standardisé est 5 fois plus élevé qu'en 1980. La part des cancers de la prostate s'élève à 34 % de tous les cancers chez l'homme en 2005 alors qu'elle était seulement de 11 % en 1980. Cette localisation est responsable dans une large mesure (environ 70 %) de l'augmentation des cancers chez l'homme en France ces 25 dernières années. L'évolution récente de l'incidence du cancer de la prostate peut être expliquée pour une grande part par l'évolution des pratiques médicales. Cette augmentation considérable de l'incidence, maximale pour les hommes âgés de 50 à 70 ans, est à rapprocher de l'extension du dosage systématique du PSA (*Prostate-Specific Antigen*). Au Danemark, où cette pratique est déconseillée, l'évolution de l'incidence du cancer de la prostate est considérablement moindre. Cette pratique médicale est désormais très largement répandue en France alors même que le bénéfice de sa pratique systématique pour la population générale n'a toujours pas été démontré scientifiquement. La communauté scientifique et médicale est toujours en attente des résultats des essais randomisés en cours.

[2] ALLEMAND H, SERADOUR B, WEILL A, RICORDEAU P. Baisse de l'incidence des cancers du sein en 2005 et 2006 en France : un phénomène paradoxal ; Bull Cancer 2008 ; 95 (1) : 11-5

Le cancer du colon-rectum

En 2005, le cancer du colon-rectum, avec 37 413 nouveaux cas estimés et 16 865 décès, est le 3e cancer le plus fréquent. Les taux standardisés d'incidence en 2005 sont de 37,7 et 24,5 respectivement chez l'homme et chez la femme. Les tendances récentes montrent une stabilisation des données d'incidence chez l'homme comme chez la femme. Toutefois, la baisse de l'incidence avérée aux États-Unis n'est pas encore observée en France.
Les taux de mortalité diminuent depuis 1980 pour atteindre en 2005 15,2 chez l'homme et 8,9 chez la femme, conséquence d'une amélioration de la survie des patients avec un cancer du colon-rectum. Le dépistage du cancer colon-rectum qui devrait être généralisé à partir de 2008, était géographiquement trop limité jusqu'en 2003 pour avoir une quelconque influence sur les chiffres nationaux.

Le mélanome de la peau

Le nombre de nouveaux cas de mélanomes de la peau est estimé à 7 401 en 2005, dont près de la moitié (45 %) survenant chez l'homme et le nombre de décès à 1 440. Les taux standardisés d'incidence sont de 7,6 et 8,8 respectivement chez l'homme et chez la femme. L'augmentation annuelle moyenne de l'incidence est respectivement chez l'homme et chez la femme de + 4,7 % et + 3,4 % sur toute la période 1980-2005, mais seulement de + 0,8 % et + 0,5 % durant les 5 dernières années où la mortalité a même tendance à baisser chez la femme. Globalement, l'évolution de l'incidence et de la mortalité sur l'ensemble de la période s'explique sans doute par l'augmentation de la détection de formes précoces, grâce notamment à la sensibilisation de la population générale à son diagnostic précoce. La stabilisation de l'incidence dans les années les plus récentes nécessite d'être confirmée par la poursuite de la surveillance mais est concordante avec celle observée dans différents pays d'Europe occidentale.

Le cancer du col de l'utérus

En 2005, le nombre de nouveaux cas de cancer du col utérin est estimé à 3 068 pour 1 067 décès, les taux standardisés étant respectivement de 7,1 et 1,9. Depuis 1980, l'incidence et la mortalité par cancer du col utérin sont en baisse constante en France (- 2,9 % de diminution annuelle moyenne pour l'incidence et - 4 % pour la mortalité).

Ces baisses constantes sont très vraisemblablement expliquées en grande partie par la pratique largement répandue du dépistage par le frottis cervical utérin. Une telle évolution favorable n'est pas observée actuellement dans certains pays notamment de l'Europe de l'Est. La diffusion des pratiques vaccinales contre le papillomavirus devrait contribuer à l'amélioration de la situation au niveau international.

Le cancer des voies aérodigestives supérieures (lèvres, bouche et pharynx)

En 2005, avec 12 270 nouveaux cas (dont 78 % chez les hommes) et 4 000 décès, ces cancers restent assez fréquents en France. Malgré une baisse considérable de l'incidence et de la mortalité durant ces 25 dernières années chez l'homme, les taux standardisés sont respectivement de 21,8 et 7,2 en 2005, ces taux restant élevés par rapport aux autres pays européens.

La baisse de l'incidence chez l'homme est encore plus prononcée dans les années les plus récentes : - 5 % en moyenne annuelle entre 2000-2005 pour une baisse moyenne annuelle de - 2,2 % pour l'ensemble de la période 1980-2005.

Les taux standardisés d'incidence et de mortalité sont nettement plus bas chez la femme en 2005, respectivement 5,2 et 1,2, l'incidence croissant régulièrement depuis les années 1980 (augmentation annuelle moyenne de + 1,6 %). Cette baisse drastique de l'incidence de ces cancers chez l'homme, qui accompagne celle du cancer de l'œsophage, est due à la diminution de la consommation d'alcool observée en France depuis les années 1950 et dans une moindre mesure à la baisse de la consommation tabagique. A l'inverse, l'augmentation de l'incidence observée chez les femmes est vraisemblablement due à la modification de leur consommation de tabac et d'alcool ces dernières années.

Le cancer de la thyroïde

Parmi les 6 672 nouveaux cas de cancer de la thyroïde estimés pour l'année 2005, 76 % surviennent chez la femme, ce qui fait du cancer de la thyroïde le 5e cancer le plus fréquent chez la femme. Les taux standardisés d'incidence sont estimés à 4,2 et 12,7 respectivement chez l'homme et chez la femme alors que le taux de mortalité est estimé à 0,3 pour les 2 sexes, témoin des forts taux de survie observés, encore meilleurs chez la femme que chez l'homme. Les taux d'incidence ont fortement augmenté pour les 2 sexes durant ces 25 dernières années (+ 6 % d'augmentation annuelle moyenne), contrastant avec la baisse des taux de mortalité.

Ces évolutions divergentes s'expliquent d'une part, par une augmentation des formes papillaires de meilleur pronostic et une diminution des cancers anaplasiques au pronostic plus sombre et d'autre part, par l'extension et l'évolution des techniques d'imagerie (cyto-ponction écho-guidée) permettant la détection de formes de plus en plus précoces du cancer de la thyroïde.

Les lymphomes malins non-hodgkiniens

Avec plus de 10 000 nouveaux cas estimés pour l'année 2005, dont un peu plus de la moitié chez l'homme, les lymphomes malins non-hodgkiniens représentent les hémopathies malignes les plus fréquentes en France. Les taux standardisés d'incidence et de mortalité sont en 2005 de 2,3 et 0,3 chez l'homme et de 2,5 et 0,2 chez la femme. L'incidence des lymphomes malins non-hodgkiniens a régulièrement augmenté depuis 1980 pour se stabiliser durant les 5 dernières années. Cette stabilisation est similaire à celle déjà observée aux États-Unis et en Europe. Les facteurs de risque des lymphomes malins non-hodgkiniens sont encore mal connus.

La prise en compte des facteurs de risque identifiés jusqu'à présent comme l'altération du système immunitaire et quelques agents infectieux ne suffit pas à expliquer les tendances observées de l'incidence et il est nécessaire de développer les recherches sur les facteurs de risque environnementaux. L'amélioration de la prise en charge thérapeutique des patients pourrait expliquer la baisse de la mortalité observée depuis les années 1990.

4 Prévention primaire

4.1 Eléments clefs

Treize objectifs de la loi de santé publique s'intégraient à cet axe. Avec les données en notre possession, dont nous avons souligné les limites en introduction, on peut affirmer que les 2 objectifs relatifs au tabac sont atteints ou en progression, que les 4 objectifs relatifs à la nutrition sont atteints ou en progression, en revanche les 2 objectifs relatifs à l'alcool sont plus problématiques, avec même une tendance à l'aggravation pour les consommations à risque. Concernant les risques environnementaux et professionnels, les 3 objectifs concernant l'air et l'eau seraient partiellement atteints, l'objectif concernant le radon n'est pas atteint, on est en attente de données pour l'objectif concernant les cancers professionnels.

Ces évolutions sont multifactorielles. Certaines sont le prolongement de tendances décennales (ex : la baisse de la consommation quotidienne d'alcool). De nombreuses actions ont été entreprises, notamment dans le cadre du PNNS et du PNSE. Il n'est pas possible de conclure à ce stade de l'évaluation, à l'imputabilité de ces évolutions aux mesures du plan cancer. De plus, un certain nombre d'interventions avaient un caractère local et leurs résultats, même positifs, ne peuvent être mis en évidence par le suivi d'indicateurs nationaux.

L'ensemble de ces objectifs doit être maintenu, après mise à jour et reformulation éventuelle. Un système de suivi d'indicateurs doit être prévu et mis en place. Il persiste par ailleurs un besoin de générer ou d'améliorer les systèmes d'information relatifs aux mesures des niveaux d'exposition et des comportements de la population et des conséquences sanitaires de ces facteurs.

La prise en compte des inégalités sociales de santé doit être présente dans la formulation des objectifs (intégrer des objectifs qui tiennent compte des écarts), se refléter dans le choix des indicateurs de résultats et dans leurs modalités de mesure et peut nécessiter des modalités d'actions spécifiques.

En matière de prévention, l'approche doit être une approche par facteur de risque, et/ou niveau d'intervention (prévention primaire) et/ou population, et non pas une approche par pathologie. Cette préoccupation doit se refléter dans le choix des institutions et structures qui seront chargées de piloter et/ou de mettre en œuvre cet aspect du futur plan. Ceci passe entre autres, par une articulation avec les autres plans et programmes de santé publique, en particulier le deuxième plan national nutrition santé (PNNS 2006-10), le Plan national santé environnement (PNSE 2004-08) et le futur Plan santé des jeunes.

De plus, la lutte contre le tabagisme et l'alcoolisme doit s'inscrire dans une politique globale de lutte contre les addictions, en particulier dans le cadre du Plan gouvernemental de lutte contre les drogues illicites, le tabac et l'alcool (2004-2008) et du Plan addictions (2007-2011).

Le tabac

Le tabac représente la première cause de cancer et plus généralement est le premier facteur évitable de morbidité et de mortalité. Les indicateurs sur la prévalence du tabagisme montrent que parmi l'ensemble des actions relatives à la lutte contre le tabagisme, deux ont eu un impact particulièrement important : l'augmentation des prix de 2003-04, qui a entraîné une diminution de la prévalence du tabagisme et le décret du 15 novembre 2006 sur la baisse de l'exposition au tabagisme d'autrui. Les autres mesures relatives à la lutte contre le tabagisme ne semblent ne pas avoir eu d'impact majeur sur l'atteinte des objectifs de santé publique, si ce n'est en soutien des deux actions citées ci dessus.

Préconisations : les objectifs de réduction du tabagisme passif et actif se doivent d'être maintenus et actualisés. Le suivi de l'application des mesures, en particulier l'augmentation des prix et l'interdiction totale de fumer dans les lieux publics, doit être poursuivi. La lutte contre le tabagisme passif doit se poursuivre par un suivi dans l'environnement public et une réflexion sur les modalités de réduction des expositions au domicile.

L'alcool

Parmi les 45 000 décès attribuables à l'alcool (estimation 1995), 16 000 sont attribuables aux cancers. Il existe d'importantes disparités socioprofessionnelles dans la consommation d'alcool. La tendance décennale à la baisse de la consommation moyenne annuelle s'est poursuivie pendant la période du plan en raison notamment de la diminution de la consommation quotidienne qui est passée de 19 % des 12-75 ans en 2000 à 14 % en 2005. En revanche, la consommation à risque est stable chez l'homme, elle a tendance à augmenter chez la femme. Chez les jeunes, on observe une augmentation très importante de la fréquence des ivresses régulières qui concernent un tiers des garçons et près d'une fille sur 5.

Préconisations : les objectifs relatifs à l'alcool se doivent d'être maintenus et actualisés. Des objectifs et mesures devront spécifiquement prendre en compte l'augmentation de la fréquence des consommations ponctuelles importantes et de l'ivresse alcoolique, en particulier chez les jeunes (le Plan santé des jeunes annoncé le 27 février 2008 intégrera cette problématique). Les liens entre le risque d'alcoolisation excessive et les catégories socio-économiques doivent être mieux connus.

La nutrition (alimentation et activité physique)

Outre la surmortalité cardiovasculaire, l'obésité est associée à une augmentation du risque de certains cancers. La mortalité annuelle par cancer attribuable à l'obésité et au surpoids serait de 2 300 en France. A l'inverse, l'activité physique est aujourd'hui reconnue comme ayant un effet protecteur propre vis-à-vis de divers cancers.

Entre 2003 et 2006, il semble y avoir une inflexion de l'augmentation pondérale observée précédemment. Cependant, la prévalence de l'obésité semble poursuivre sa courbe ascendante chez la femme. Chez l'enfant, en l'absence de données nationales de suivi de la prévalence de la surcharge pondérale, des enquêtes locales montrent de façon convergente une stabilisation, voire une baisse de la prévalence surcharge pondérale. En ce qui concerne l'activité physique, on peut estimer que l'objectif d'une activité physique modérée quotidienne serait d'ores et déjà atteint chez les femmes mais qu'il ne le sera probablement pas en 2008 chez les hommes. Toutefois, ces valeurs sont issues d'une enquête déclarative et restent à consolider. Enfin, concernant l'objectif de réduction des petits consommateurs de fruits et légumes, l'objectif est atteint chez les adultes En revanche, il n'est pas atteint chez les enfants. Soulignons qu'il existe de grandes disparités de la prévalence des petits consommateurs en fonction de la catégorie socioprofessionnelle. La situation semble très problématique dans les populations en situation de grande précarité. Globalement, l'ensemble des objectifs en matière de nutrition n'est pas atteint à ce jour mais les évolutions sont globalement positives, avec une amélioration des conduites nutritionnelles et une tendance à l'inflexion de la croissance de l'obésité. En revanche, les inégalités sociales dans ce domaine se maintiennent, voire s'aggravent. Nous n'avons pas les moyens à ce jour d'attribuer ces résultats aux mesures et actions mises en œuvre. Cependant, il est fort probable que le PNNS (2001-2005) ait contribué à ces évolutions.

Préconisations : les objectifs relatifs à la nutrition se doivent d'être maintenus et actualisés, en lien avec le deuxième PNNS (2006-2010).

Les cancers environnementaux et professionnels

Des progrès ont été enregistrés dans ces différents domaines, mais ils ne sont pas toujours chiffrables faute d'indicateurs d'évaluation définis ou faute de système d'information permettant de les renseigner de manière homogène et régulière. La nécessité d'améliorer les connaissances sur les risques cancérogènes professionnels et environnementaux et sur l'importance des cancers liés à ces expositions est inscrite dans le Plan cancer. A ce jour de nombreuses inconnues demeurent, qu'il s'agisse de la quantification des effets chez l'homme de toxiques connus, de l'impact de certains nouveaux produits, des effets des mélanges de substances.

Dans l'attente des résultats de l'enquête SUMER 2008, qui ne seront pas disponibles avant deux ans, il n'est pas possible aujourd'hui d'évaluer l'atteinte ou non de l'objectif de réduction des effets sur la santé des travailleurs des expositions aux agents cancérogènes (cat. 1 et 2) par la diminution des niveaux d'exposition. On ne dispose pas d'informations sur les actions de réduction de l'exposition au radon dans les établissements d'enseignement et dans les établissements sanitaires et sociaux en dessous de 400 Bq/m3 (valeur guide de l'UE).

En ce qui concerne l'exposition de la population aux polluants atmosphériques, en termes de concentrations ambiantes, seul le SO2 a connu une baisse au moins égale à l'objectif. La baisse a été plus faible pour le NO2, nulle ou très modeste pour les PM10, alors que l'ozone a augmenté. En matière de réduction des rejets atmosphériques, l'objectif fixé par la loi de santé publique est d'ores et déjà atteint pour le benzène, le plomb, le cadmium, les composés organiques volatils. Il est en voie d'être atteint pour la dioxine. Il n'est pas atteint pour le mercure. Concernant la qualité de l'eau, l'objectif lié à la réduction de la teneur en pesticides de l'alimentation en eau est atteint.

Préconisations : ces objectifs doivent être maintenus dans le principe et adaptés à l'évolution du contexte, en lien avec le deuxième PNSE et le plan de santé au travail. Dans tous les domaines, on note des insuffisances des systèmes d'information qui n'ont pas été conçus à cette fin et en général ne permettent pas de décrire de manière efficace la situation en termes de disparités géographiques (par région, ou si cela est pertinent, par bassin économique ou de population) et de disparités sociales. Dans certains cas, il n'est même pas possible en l'état des systèmes d'information de décrire la situation en termes de distribution des expositions de la population. Par ailleurs, la production des données se fait généralement selon un rythme trop long ne permettant pas de piloter les actions en s'appuyant sur l'observation des évolutions temporelles. Il est important que soient apportées des solutions à ces insuffisances, en termes de méthodes, d'organisation et de moyens consacrés à cette production des données.

4.2 Le tabac

Le tabac représente la première cause de cancer et plus généralement est le premier facteur évitable de morbidité et de mortalité : le nombre de décès associés à la consommation de tabac était estimé en 2000 à 66 000 par an, soit plus d'un décès sur neuf, dont 30 000 décès par cancer, soit plus du quart des décès par cancer (85 % des cancers bronchiques, 54 à 87 % des cancers des voies aérodigestives supérieures selon les localisations, 40 % des cancers de la vessie et 30 % des cancers du pancréas).

La lutte contre le tabagisme fait l'objet de deux objectifs de la loi relative à la politique de santé publique (objectifs 3 et 4) et de 9 mesures du Plan cancer (mesures 4 à 12).

De plus, la lutte contre le tabagisme figure parmi les priorités du Plan gouvernemental de lutte contre les drogues illicites, le tabac et l'alcool (2004-2008), et du Plan addictions (2007-2011).

4.2.1 Objectif 3 - abaisser la prévalence du tabagisme (fumeurs quotidiens) de 33 à 25 % chez les hommes et de 26 à 20 % chez les femmes d'ici 2008 (en visant en particulier les jeunes et les catégories sociales à forte prévalence).

L'évolution des valeurs des quatre indicateurs qui avaient été retenus pour l'évaluation de cet objectif figure dans le tableau I.
Les objectifs quantitatifs de réduction de la prévalence du tabagisme sont globalement en passe d'être atteints chez les femmes (en effet la prévalence du tabagisme est passée de 33 % en 2000 à 30 % en 2006 chez les hommes et de 26 % à 21 % chez les femmes sur la même période). Cette baisse est observée dans toutes les tranches d'âge et pour les deux sexes (à l'exception des femmes âgées de 20 à 25 ans), y compris chez les plus jeunes qui représentaient une cible privilégiée (figure 1).

La prévalence du tabagisme au cours de la grossesse aurait diminué de près d'un tiers entre 2000 et 2005 (de 29 % à 21 %). Mais, comme l'objective la figure 2, on peut remarquer que cette baisse est du même ordre de grandeur que celle de la prévalence du tabagisme de l'ensemble des femmes du même âge (de 42,5 % à 30 %).

Le quatrième indicateur était la mortalité par cancer du poumon. Ce cancer reste le plus important en termes de mortalité, avec 26 624 décès en France en 2005. Chez l'homme, le taux de mortalité a diminué en moyenne de - 1,7 % par an sur la période 2000-2005 (de même le taux d'incidence a diminué en moyenne de - 0,5 % par an sur la même période). Chez la femme, l'évolution est inverse : le taux de mortalité a augmenté de + 4,2 % par an (et le taux d'incidence de + 5,8 % par an). Les tendances françaises sont similaires à celles relevées dans d'autres pays développés, où après une forte augmentation, l'incidence du cancer broncho-pulmonaire s'est stabilisée à partir des années 1950 et a commencé à décroître dans les années 1980. La diminution chez l'homme, comme l'augmentation chez la femme, s'expliquent par les modifications de leur consommation tabagique respective au cours des dernières décennies (baisse chez l'homme, augmentation chez la femme). L'impact sanitaire de la baisse récente de la prévalence de la consommation ne pourra être observé que dans quelques années, voire décennies, pour les cancers. Il est très probable que cet impact sera favorable - Rapport « Francim 2008 ».

Tableau I - Indicateurs de suivi de la loi relative à la politique de santé publique, résultats attendus et obtenus

Indicateurs de suivi	Source des données	Valeur initiale		Valeur attendue		Valeur obtenue	
		Valeur	Date	Valeur	Date	Valeur	Date
Indicateurs principaux							
***Prévalence du tabagisme quotidien par sexe (15-75 ans)[1]**	Baromètre santé (Inpes)	33 %% (hommes)	2000	25 % (hommes)	2008	30 % (hommes)	2006
		26 % (femmes)		20 % (femmes)		21 % (femmes)	
*Prévalence du tabagisme quotidien chez les jeunes (à 15 ans, 16 ans, 17-18 ans)		39 % (garçons de 15-19 ans)				32 % (garçons de 15-19 ans)	
		44 % (filles de 15-19 ans)				31 % (filles de 15-19 ans)	
Indicateurs complémentaires							
*Prévalence du tabagisme au cours de la grossesse	Baromètre santé (Inpes)	29% (chez les femmes de 25-35 ans)	2000			21% (chez les femmes de 25-35 ans)	2005
*Taux standardisé de mortalité par cancer du poumon	FRANCIM (InVS)	48,9 pour 100 000 chez l'homme	2000			42 pour 100 000 chez l'homme	2005
		7,5 pour 100 000 chez la femme				9,4 pour 100 000 chez la femme	

Figure 1a - Evolution de la prévalence du tabagisme 2000-2005 par tranche d'âge chez les hommes - Baromètres santé, Inpes.

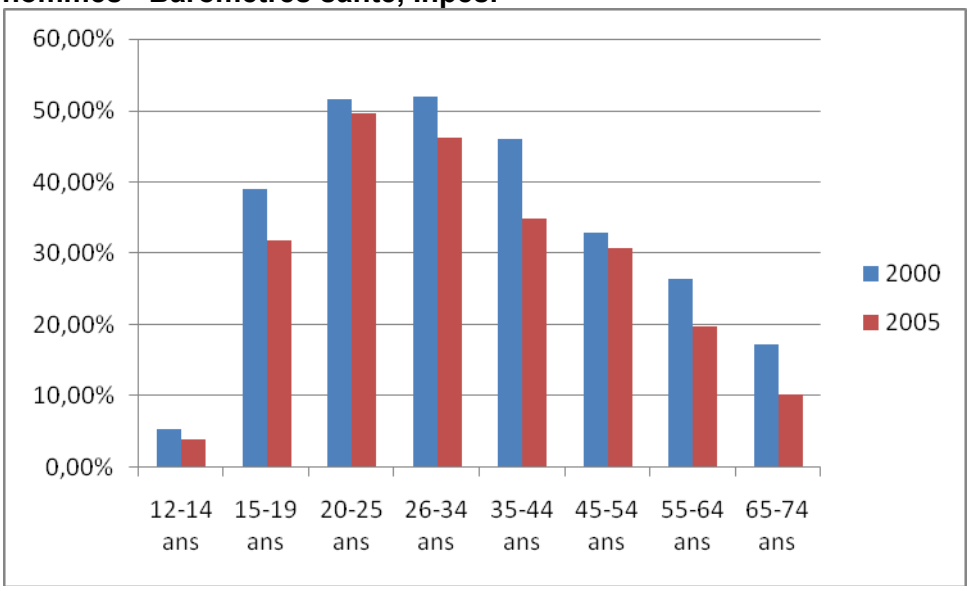


Figure 1b - Evolution de la prévalence du tabagisme 2000-2005 par tranche d'âge chez les femmes - Baromètres santé, Inpes.

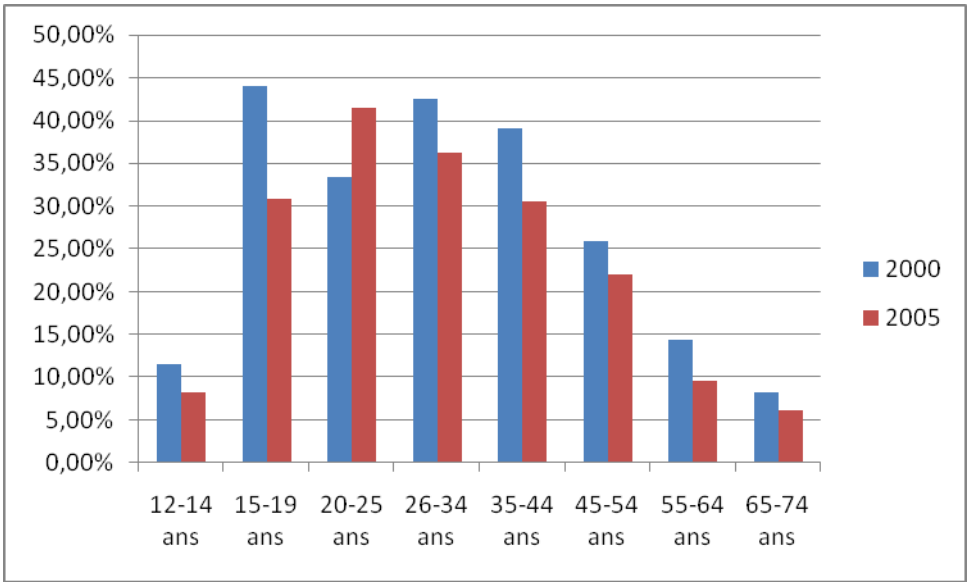
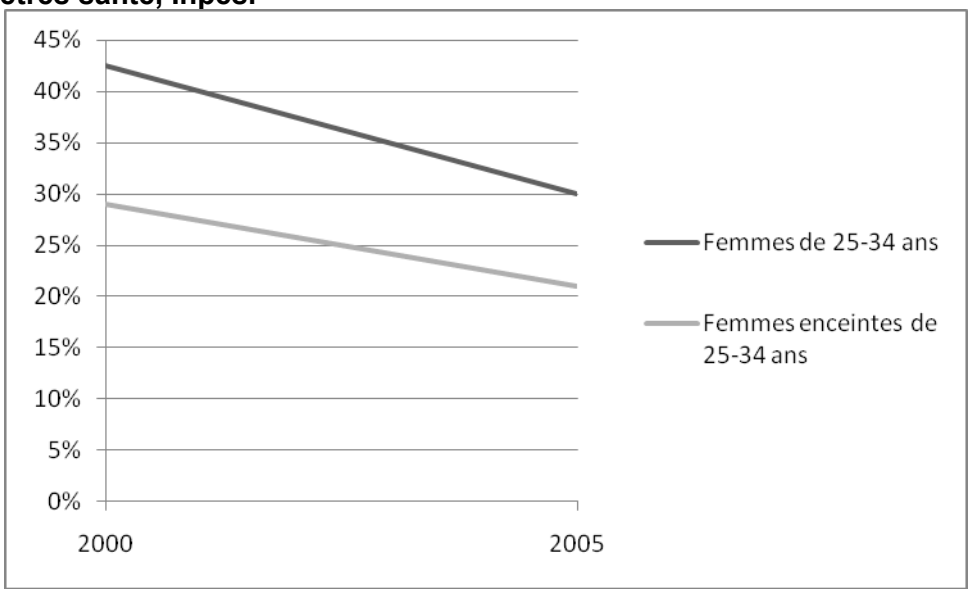


Figure 2 - Comparaison de l'évolution de la prévalence du tabagisme entre les femmes enceintes de 25 à 34 ans et l'ensemble des femmes de la même tranche d'âge - Baromètres santé, Inpes.



4.2.2 Objectif 4 - Réduire le tabagisme passif dans les établissements scolaires (disparition totale), les lieux de loisirs et l'environnement professionnel.

L'évolution des valeurs des indicateurs qui avaient été retenus pour l'évaluation de cet objectif figure dans le tableau II. Les mesures mises en œuvre dans le cadre de cet objectif ont été d'abord d'ordres législatif et réglementaire :

- dans les établissements scolaires, l'interdiction de fumer date de la loi Evin du 10 janvier 1991.
- dans l'environnement professionnel, l'interdiction de fumer date du décret du 15 novembre 2006 modifiant la loi Evin (avec une mise en application au 1er février 2007).
- dans les restaurants, bars-tabac, casinos et discothèques, l'interdiction de fumer date du décret du 15 novembre 2006 modifiant la loi Evin (avec une mise en application au 1er janvier 2008).

Les indicateurs perceptuels montrent que dans les faits, les principes de la loi Evin n'étaient pas respectés, ni effectifs jusqu'à une date récente. Ceci concernait particulièrement les établissements scolaires (lycées et universités) : en décembre 2006, soit 15 ans après la promulgation de la loi Evin, 97,1 % des personnes déclaraient être exposées à la fumée de tabac (dont 63 % toujours ou assez souvent). L'année 2007 a connu une forte évolution. La proportion de personnes se déclarant exposées à la fumée du tabac dans les établissements scolaires a été divisée par deux (46,1 % en janvier 2008). La proportion de personnes se déclarant exposées à la fumée sur leur lieu de travail est passée de 52,8 % en décembre 2006 à 27,2 % en janvier 2008. L'évolution est la même dans les restaurants, bars-tabac, casinos et discothèques. Ainsi, l'objectif, s'il n'est pas encore atteint, est en passe de l'être.

Tableau II - Indicateurs de suivi de la loi relative à la politique de santé publique, résultats attendus et obtenus

Indicateurs des résultats attendus	Source des données	Valeur initiale		Valeur attendue		Valeur obtenue	
		Valeur	Date	Valeur	Date	Valeur	Date
Indicateurs principaux[1]							
Proportion de lycées où l'usage du tabac est effectivement prohibé ou qui limitent la consommation de tabac à des espaces réservés et convenablement ventilés	Enquête sur les règles et usages en matière de tabac dans les lycées français (OFDT/ IOD).	14 % élèves sans tabac	2002			40 % élèves sans tabac	2006
		19 % personnels sans tabac	2002			18 % personnels sans tabac	2006
Proportion d'établissements de santé où l'usage du tabac est effectivement prohibé ou qui limitent la consommation de tabac à des espaces réservés et convenablement ventilés	Enquête sur le tabagisme dans les établisse-ments hospitalier s français (DGS/ RESUM)	ND				24 % sans tabac, 37 % locaux aménagés	2006

Proportion de restaurants ou cafés tabac où l'usage du tabac est effectivement prohibé ou qui limitent la consommation de tabac à des espaces réservés et convenablement ventilés	Enquête sur les règles et usages en matière de tabac dans les établisse-ments de restaura-tion (DNF/ TNS).	63 % emplace-ments réservés aux fumeurs (57 % sans limite physique et 68 % équipés d'extrac-teurs d'air), 11 % sans tabac				ND	
Indicateurs complémentaires							
Pourcentage de personnes qui déclarent être exposées au tabac : - à domicile	Enquête IPSOS/DG S/CFES	30 %	2000				
Pourcentage de personnes qui déclarent être exposées au tabac : - en milieu professionnel	Inpes	53 % (dont 24 % rarement)	déc-06			27 % (dont 14 % rarement)	janv-08
***Pourcentage de personnes qui déclarent être exposées au tabac : - dans les* lycées et universités**		97 % (dont 34 % rarement)	déc-06			46 % (dont 13 % rarement)	janv-08
Pourcentage de personnes qui déclarent être exposées au tabac : - <u>dans différents lieux de loisirs</u>	Inpes						
* Pourcentage de personnes déclarant être exposées à la fumée du tabac dans les restaurants		79 % (dont 35 % rarement)	déc-06			19 % (dont 11 % rarement)	janv-08
* Pourcentage de personnes déclarant être exposées à la fumée du tabac dans les hôtels		45 % (dont 31 % rarement)	déc-06			15 % (dont 11 % rarement)	janv-08

* Pourcentage de personnes déclarant être exposées à la fumée du tabac dans les bars et cafés		92 % (dont 16 % rarement)	déc-06			31 % (dont 14 % rarement)	janv-08
*Présence de fumée du tabac dans les discothèques		94 % (dont 11% rarement)	Déc-06			37 % (dont 16 % rarement)	Janv-08
Pourcentage de jeunes (17-18 ans) qui déclarent fumer dans leur établissement scolaire		ND					

1 : les indicateurs de suivi de l'application du décret n° 2006-1386 du 15 novembre 2006 devraient être bientôt disponibles

4.2.3 Analyse et préconisations

Parmi l'ensemble des actions relatives à la lutte contre le tabagisme, deux ont eu un impact national particulièrement important : l'augmentation des prix de 2003-04 sur la prévalence du tabagisme et l'application du décret du 15 novembre 2006 sur la baisse de l'exposition au tabagisme d'autrui.

Entre le 1er janvier 2003 et le 1er janvier 2004, les prix du tabac ont connu une augmentation significative (+ 42 % en un an, avec trois augmentations successives : + 11% en janvier 2003, + 20 % le 20 octobre 2003 et + 5 à 10 % le 5 janvier 2004). Cette augmentation s'est accompagnée d'un certain nombre de mesures d'accompagnement pour éviter un contournement de l'effet dissuasif (par exemple l'interdiction des paquets contenants 19 cigarettes). La diminution de la consommation de tabac, observée entre 2000 et 2005, peut être attribuée très probablement à cette augmentation des prix. En effet, si l'on analyse les évolutions annuelles des ventes de tabac, on observe deux décrochements en 2003 et 2004 concomitants aux deux augmentations de prix, puis une certaine stabilité jusqu'en 2007 (ImETS janvier 2008, OFT). De même, si l'on s'intéresse à la prévalence de la consommation, on observe une diminution en 2003-04 par rapport aux années antérieures, puis une stabilisation voire un retournement de tendance chez les jeunes de 15 à 25 ans (prévalence de 36 % en 2003, de 42 % en 2006), même s'ils n'ont pas retrouvé la prévalence d'avant l'interdiction (44,5 % en 1999) (source « Etude de prévalence 2006 », Inpes). La hausse des prix a donc atteint son objectif principal. Il est important d'en évaluer les impacts potentiels à moyen terme, telles que les éventuelles stratégies de contournement (report vers d'autres produits du tabac, achats à l'étranger, sur le marché noir…) pour l'instant minoritaires mais qui pourraient se développer. De plus, cette hausse des prix concourt probablement à l'accroissement des inégalités sociales.

Le décret n° 2006-1386 du 15 novembre 2006 a permis une réelle mise en application des principes de la loi Evin de 1991 et a été suivi d'une baisse importante du tabagisme passif dans les lieux collectifs. Ce décret a abrogé et remplacé le décret n° 92-478 du 29 mai 1992. Il a rappelé et précisé l'étendue du principe de la loi de 1991 dite loi Evin, d'interdiction de fumer dans les lieux affectés à un usage collectif. Il interdit totalement de fumer dans les établissements scolaires y compris dans les lieux non couverts.

Il a prévu également l'interdiction de mettre en place des endroits réservés aux fumeurs à compter du 1er février 2007. L'entrée en vigueur a été différée au 1er janvier 2008 pour les débits permanents de boissons à consommer sur place, les casinos, les débits de tabac, les discothèques, les hôtels et les restaurants. L'entrée en vigueur de ce décret a été suivie d'une baisse importante de l'exposition à la fumée du tabac (perçue et objectivée par des mesures environnementales). (ImETS janvier 2008, OFT). En revanche, elle ne semble avoir eu pour l'instant que peu d'impact sur la prévalence du tabagisme. Il est toutefois nécessaire de disposer de plus de recul pour en apprécier les effets (Tableau de bord mensuel des indicateurs tabac, février 2008, OFDT ; Inpes).

Les autres mesures relatives à la lutte contre le tabagisme ne semblent ne pas avoir eu d'impact national majeur sur les objectifs de santé publique.

Cette affirmation se doit d'être nuancée : d'une part des mesures ont été mises en œuvre en appui des deux principales, leur effet propre est ainsi difficilement individualisable ; d'autre part, un certain nombre d'interventions avaient un caractère local et leurs résultats, même positifs, ne peuvent être mis en évidence par des indicateurs nationaux (citons à titre d'exemples certaines actions en direction des femmes enceintes, ou d'autres d'incitation au sevrage tabagique).
Parmi les mesures avec un résultat mitigé, il faut souligner l'aide au sevrage tabagique, notamment par une meilleure accessibilité aux traitements substitutifs. En effet, malgré une amélioration tangible de l'offre de soins (citons l'augmentation du nombre de consultations spécialisées, ou la mise en place du forfait à 50 euros, qui ne semble pas avoir eu d'impact majeur), les ventes de médicaments d'aide à l'arrêt du tabac n'ont pas augmenté de façon importante entre 2005 et 2008 et l'augmentation des premiers mois de 2007 ne s'est pas poursuivie (ImETS janvier 2008, OFT. « Tableau de bord mensuel des indicateurs tabac », février 2008, OFDT).

A ce stade de l'évaluation, nous pouvons dégager ces quelques grandes pistes pour l'avenir, qui restent à confirmer, compléter et affiner. Ce qui sera effectué lors des phases suivantes de l'évaluation.
Les objectifs de réduction du tabagisme passif et actif se doivent d'être maintenus et actualisés.
Le suivi de l'application des mesures, en particulier l'augmentation des prix et l'interdiction totale de fumer dans les lieux publics, doit être poursuivi. Il faut veiller au maintien de ces mesures et à éviter toute stratégie de contournement.
La lutte contre le tabagisme passif doit se poursuivre par un suivi dans l'environnement public et une réflexion sur les modalités de réduction des expositions au domicile.
Concernant le tabagisme actif, les efforts de prévention, comme de sevrage, se doivent d'être renforcés, particulièrement en direction des jeunes non fumeurs (pour retarder et limiter l'initiation) et fumeurs (pour inciter et favoriser le sevrage).

Il faut une meilleure accessibilité au sevrage. Pour cela, une meilleure prise en charge financière des traitements, voire leur gratuité, est une mesure indispensable, notamment dans un souci d'équité sociale. Cependant, elle n'est pas suffisante à elle seule. Il faut favoriser des actions de proximité au plus près des lieux de vie ou de travail.
L'évolution du tabagisme des femmes enceintes est parallèle à celle du tabagisme des femmes en âge de procréer. Ainsi, il ne semble pas que les actions spécifiques en direction des femmes enceintes aient eu un impact majeur national sur la baisse de la prévalence du tabagisme pendant la grossesse. Un état des lieux et une évaluation des actions effectuées en direction des femmes enceintes se doivent d'être réalisés en vue d'une éventuelle généralisation.

Pour tous ces axes, il faut veiller à réduire, du moins à ne pas aggraver, les inégalités sociales de santé. Cette préoccupation doit être présente dans la formulation des objectifs (intégrer des objectifs qui tiennent compte des écarts), se refléter dans le choix des indicateurs de résultats et dans leurs modalités de mesure et peut nécessiter des modalités d'actions spécifiques.

Le tabac est le premier facteur évitable de cancer, la lutte contre le tabagisme doit ainsi être présente dans un futur plan cancer. Toutefois, les conséquences du tabagisme sont beaucoup plus larges et ne se limitent pas au champ du cancer (citons les maladies cardiovasculaires). Ainsi, pour le tabac, comme pour les autres facteurs de risque, il faut veiller à une bonne articulation entre les politiques de santé et en particulier entre les différents plans nationaux. L'approche doit être ainsi une approche par facteur de risque et/ou niveau d'intervention (prévention primaire) et/ou population, et non pas une approche par pathologie. Cette préoccupation doit se refléter dans le choix des institutions et structures qui seront chargées de piloter et/ou de mettre en œuvre cet aspect du futur plan.

Enfin, la lutte contre le tabagisme doit s'inscrire dans une politique globale de lutte contre les addictions, qui, tout en tenant compte des spécificités de chaque produit, doit présenter un cadre cohérent et global. L'axe tabac du futur plan doit être rédigé en articulation avec les plans existants, en particulier le Plan gouvernemental de lutte contre les drogues illicites, le tabac et l'alcool (2004-2008) et le Plan addictions (2007-2011).

4.3 L'alcool

En 1999, en dépit d'une relative stabilisation, la France se situait au 4e rang européen pour la consommation annuelle d'alcool avec 10,7 litres d'alcool pur par habitant. Le nombre de consommateurs à problème (usages à risque, nocif et dépendance) était estimé en France entre 4 et 5 millions de personnes, dont 2 millions de personnes dépendantes.

Le nombre de décès attribuable à l'alcool en France était évalué en 1995 à 45 000. L'alcool contribuerait à 14 % des décès masculins et 3 % des décès féminins. De plus, c'est une cause majeure de mortalité prématurée (par maladie), puisqu'elle est à l'origine de 22 % des décès des hommes dans la tranche d'âge 45-54 ans, et de 48,2 % dans la tranche 45-64 ans ; les pourcentages correspondants pour les femmes sont de 20,3 et 40,8 %. La moitié des décès liés à l'alcool surviendrait avant 65 ans. La quasi-totalité de la mortalité par alcoolisme est évitable. Plus spécifiquement, la relation entre alcool et cancer est bien établie dans la littérature scientifique. Parmi les 45 000 décès attribuables à l'alcool 16 000 sont attribuables aux cancers (14 000 chez l'homme et 2 000 chez la femme). L'alcool est responsable de plus d'un décès par cancer sur dix. L'association entre consommation d'alcool et cancers des voies aérodigestives supérieures (VADS, bouche, pharynx, larynx, oesophage) et du foie est bien établie, la relation avec le cancer du sein et celui du colon est probable, celle avec le cancer du poumon possible. La réduction progressive de la consommation d'alcool depuis 1950 a eu un effet particulièrement important sur la mortalité par cancer des VADS chez les hommes qui a été divisée par deux entre 1981 et 2001. En revanche, la mortalité chez les femmes, nettement plus basse que chez les hommes, a tendance à stagner, voire à augmenter, vraisemblablement en lien avec l'augmentation de leur consommation de tabac et d'alcool.

Il existe d'importantes disparités de mortalité en fonction des catégories socioprofessionnelles. Le risque de décès attribuable à l'alcool (en ce qui concerne les cirrhoses et les cancers des VADS) est dix fois plus élevé chez les hommes ouvriers-employés que chez les cadres supérieurs. De même, il existe de fortes disparités régionales de la mortalité liée à l'alcoolisme.

D'une manière générale, le risque de cancer ne dépend pas du type de boisson alcoolisée, mais de la dose d'alcool. Une consommation élevée d'alcool entraîne un

accroissement du risque d'apparition des cancers. Le risque est d'autant plus élevé que cette consommation est associée à d'autres comme le tabac et qu'il existe des prédispositions génétiques. Il y a une augmentation du risque de cancer dès les consommations faibles à modérées mais le seuil n'est pas connu. L'existence d'une relation dose/effet est établie.

La lutte contre l'alcoolisme fait l'objet de deux objectifs de la loi relative à la politique de santé publique (1, 2), et de trois mesures du plan cancer (15, 16, 17). Elle fait également l'objet d'un objectif du deuxième PNNS (2006-2010), est intégrée au Plan gouvernemental de lutte contre les drogues illicites, le tabac et l'alcool (2004-2008) et au Plan addictions (2007-2011). Cette lutte est justifiée par un ensemble de conséquences sociales et médicales attribuables à la consommation d'alcool. Nous nous limiterons ici aux aspects relatifs au cancer.

4.3.1 Objectif 1 - Diminuer la consommation annuelle moyenne d'alcool par habitant de 20 % : passer de 10,7 l/an/hab. en 1999 à 8,5 l/an/hab. d'ici à 2008.

Cet objectif a été repris dans les mêmes termes dans le cadre du deuxième PNNS (2006-2010). Il faut noter en préalable que suite à la concertation organisée par la DREES et la DGS avec les différents organismes concernés par ces questions, il a été jugé préférable de rapporter les volumes d'alcool consommés non pas à la population générale, comme formulé dans l'objectif, mais à celle des 15 ans et plus. Le choix de cette population de référence implique mécaniquement une hausse du niveau de l'indicateur (14,7 l en 1999 au lieu de 10,7 l). Entre 1999 et 2006, cette consommation a baissé de 10 % (tableau I). Ainsi, si la tendance est positive, l'objectif ne sera probablement pas atteint en 2008. Il faut souligner de plus que la diminution observée entre 1999 et 2006 n'est que la poursuite d'une tendance observée depuis 40 ans (entre 1961 et 2003, la consommation d'alcool a diminué de 47,5 %).

Tableau III - Indicateurs de suivi de la loi relative à la politique de santé publique, résultats attendus et obtenus.

Indicateurs des résultats attendus	Source des données	Valeur initiale		Valeur attendue		Valeur obtenue	
		Valeur	Date	Valeur	Date	Valeur	Date
Indicateur principal							
Consommation annuelle moyenne d'alcool pur/habitant de plus de 15 ans	IDA/INSEE	14,4 l d'alcool pur/an/hab	1999	11,5 l d'alcool pur/an/hab	2008	12,9 l d'alcool pur/an/hab	2006

4.3.2 Objectif 2 - Réduire la prévalence de l'usage à risque ou nocif de l'alcool et prévenir l'installation de la dépendance.

La loi relative à la politique de santé publique a pour objectif de réduire la prévalence de la consommation d'alcool à risque ainsi que l'installation dans la dépendance. Ces indicateurs sont issus d'enquêtes déclaratives en population générale. Le premier indicateur (dit AUDIT-C) est produit à partir des trois premières questions du test *Alcohol Use Disorders Identification Test* (AUDIT) développé par l'OMS. Il porte sur les consommations actuelles à risque, intégrant les notions de fréquence et de quantité d'alcool durant les douze derniers mois. Comportant dix questions, ce test est conçu pour détecter les sujets dont le mode de consommation est déjà responsable de troubles ou risque de causer des dommages dans le futur (santé physique ou mentale). L'AUDIT-C permet de définir les **consommateurs à risque ponctuels** (consommation de 6 verres ou plus en une occasion, une fois par mois maximum), et les **consommateurs à risque chronique** (consommation de 6 verres ou plus en une occasion, au moins une fois par semaine ou consommation hebdomadaire de 22 verres au moins chez l'homme, de 15 verres au moins chez la femme). L'AUDIT-C n'est pas un test prévu pour repérer l'alcoolodépendance (qui n'est pas distinguée par cet outil de la consommation à risque chronique). L'évolution de ces indicateurs dans l'enquête ESPS est présentée tableau II. Globalement, on n'observe pas d'évolution majeure entre 2002 et 2006, à l'exception d'une augmentation des consommations à risque ponctuel chez les femmes. Cette augmentation concerne particulièrement les femmes de 18 à 44 ans (17,6 % en 2002, 21 % en 2006).
Le second indicateur, le test DETA (Diminuer, entourage, trop, alcool), est censé repérer l'usage d'alcool à risque d'abus ou de dépendance ; il porte sur toute la durée de vie. Selon les baromètres santé (Inpes), en 2000, 8,6 % des 12-75 ans étaient DETA+ (13,3 % des hommes, 4,0 % des femmes), en 2005, ils étaient 9,4 % (13,8 % des hommes, 5,0 % des femmes). Ainsi, on observe une certaine stabilité chez les hommes et une augmentation chez les femmes.

Concernant les jeunes, deux indicateurs avaient été retenus, les consommations et les ivresses régulières (tableau II). La consommation régulière (au moins 10 fois par mois) reste stable à 17 ans (12 % en 2005, 11 % en 2000), la consommation quotidienne reste rare (1 % en 2005). En revanche, les proportions de jeunes déclarant des ivresses répétées (au moins 3 dans l'année) et régulières (au moins 10 dans l'année) sont en forte augmentation, chez les garçons comme chez les filles.

Le taux standardisé de mortalité lié à l'imprégnation éthylique chronique (cancers des VADS, psychoses alcooliques, cirrhoses alcooliques ou sans précisions) a poursuivi sa tendance à la baisse entre 2000 et 2004 (- 13 %). Concernant plus particulièrement le cancer des VADS, on observe une baisse importante chez l'homme (de 31,8 pour 100 000 en 2000 à 27,5 en 2005), mais une stabilité chez la femme (de 5,2 à 5), poursuivant en cela les tendances des 25 dernières années.

Tableau IV - Indicateurs de suivi de la loi relative à la politique de santé publique, résultats attendus et obtenus.

Indicateurs des résultats attendus	Source des données	Valeur initiale		Valeur attendue		Valeur obtenue	
		Valeur	Date	Valeur	Date	Valeur	Date
Indicateurs principaux							
***Prévalence déclarée des consommations excessives d'alcool dans l'année (18 ans et plus)** ***Prévalence déclarée des consommations excessives ou à risque de dépendance (18 ans ou plus)**	ESPS (Irdes)		2002				2006
- Consommateurs à risque ponctuel Total Hommes Femmes		 21,8 % 33,1 % 11,8 %				 22,9 % 33,2 % 13,9 %	
- Consommateurs à risque chronique Total Hommes Femmes		 6, 9 % 12,1 % 2,4 %				 8,3 % 14,6 % 2,7 %	
Indicateurs complémentaires							
***Prévalences des consommations d'alcool et des ivresses régulières déclarées par les jeunes de 17 et 18 ans :**							
- Prévalence de la consommation régulière déclarée à 17 ans	ESCAPAD	H : 18,8 % F : 6,1 %	2002			H : 17,7 % F : 6,1 %	2005
- Prévalence des ivresses répétées déclarées à 17 ans		H : 27,2 % F : 12,4 %				H : 33,4 % F : 18,3 %	
- Prévalence des ivresses régulières déclarées à 17 ans		H : 10,1 % F : 2,5 %				H : 14,2 % F : 5,0 %	
***Nombre de décès, taux bruts et taux standardisés de mortalité liée à l'imprégnation éthylique chronique**	CépiDC	21 998	2000			20 000	2004

4.3.3 Interprétations, préconisations

Globalement, la tendance décennale à la baisse de la consommation moyenne annuelle s'est poursuivie (en raison notamment de la diminution de la consommation quotidienne qui est passée de 19 % des 12-75 ans en 2000 à 14 % en 2005). Il semble exister un mouvement sociétal profond impliquant une baisse de la consommation globale, par une baisse dans de nombreux compartiments de la vie : travail (collègues, appareils complexes…), hygiène et santé, conduite de véhicules, image sociale, tolérance dans les couples et les familles… La consommation à risque concerne principalement les hommes, plus particulièrement âgés de 25 à 64 ans (près d'un sur deux est concerné). En revanche, si cette consommation problématique est stable chez l'homme, elle a tendance à augmenter chez la femme. Chez les jeunes, on observe une augmentation très importante de la fréquence des ivresses régulières qui concernent un tiers des garçons et près d'une fille sur cinq. Ce phénomène évoque un changement des modes de consommations chez les jeunes Français qui pourrait ainsi se rapprocher du modèle anglo-saxon ou des pays du nord de l'Europe, où il est plus tourné vers les consommations ponctuelles importantes et l'ivresse alcoolique.

Ces objectifs de la loi relative à la politique de santé publique comportaient comme objectif préalable l'estimation de la prévalence des usages à risque ou nocifs et de l'incidence du passage à la dépendance. A cette fin, il était tout d'abord nécessaire de disposer dans les enquêtes déclaratives d'un outil de mesure fiable pouvant permettre de suivre ces indicateurs dans le temps. Des travaux ont été réalisés (citons particulièrement Laure Com-Ruelle, Paul Dourgnon, Florence Jusot, Eugénie Latil, Pascale Lengagne. Identification et mesure des problèmes d'alcool en France - Une comparaison de deux enquêtes en population générale, Irdes, Septembre 2006). Il est important de les poursuivre et de mettre en pratique leurs résultats dans la planification et le suivi des prochains plans. Concernant l'information, il persiste toutefois des difficultés, en particulier la prévalence de la consommation d'alcool pendant la grossesse n'est pas connue à ce jour.

A ce stade de l'évaluation, nous pouvons dégager ces quelques grandes pistes pour l'avenir, qui restent à confirmer, compléter et affiner. Ce qui sera effectué lors des phases suivantes :

Les objectifs relatifs à l'alcool se doivent d'être maintenus et actualisés.

Des objectifs et mesures devront spécifiquement prendre en compte l'augmentation de la fréquence des consommations ponctuelles importantes et de l'ivresse alcoolique, en particulier chez les jeunes. Le Plan santé des jeunes annoncé le 27 février 2008 intégrera cette problématique.

La consommation d'alcool pendant la grossesse n'avait pas été retenue dans les indicateurs de la loi relative à la politique de santé publique en raison du manque de données. Il est important d'améliorer l'information descriptive et analytique sur ce sujet, et éventuellement d'intégrer un objectif de santé spécifique à ce contexte.

Les liens entre le risque d'alcoolisation excessive et les catégories socio-économiques sont contrastés. (Laure Com-Ruelle, Paul Dourgnon, Florence Jusot, Pascale Lengagne. Les problèmes d'alcool en France : quelles sont les populations à risque ? Questions d'économie de la santé. n° 129 - Janvier 2008). Néanmoins, la réduction des inégalités sociales de santé doit être présente dans la formulation des objectifs (intégrer des objectifs qui tiennent compte des écarts), doit se refléter dans le choix des indicateurs de résultats et dans leurs modalités de mesure et peut nécessiter des modalités d'actions spécifiques.

L'alcool est un facteur évitable de cancer, la lutte contre l'usage nocif se doit ainsi d'être présente dans un futur plan cancer. Toutefois, les conséquences de l'alcool sont beaucoup plus larges et ne se limitent pas au champ du cancer. Ainsi, pour la lutte contre l'usage nocif d'alcool, comme pour les autres facteurs de risque, il faut veiller à une bonne articulation entre les politiques de santé et en particulier entre les différents plans thématiques. L'approche doit être ainsi une approche par facteur de risque et/ou par niveau d'intervention (prévention primaire) et/ou par population et non pas une approche par pathologie. Cette préoccupation doit se refléter dans le choix des institutions et structures qui seront chargées de piloter et/ou de mettre en œuvre cet aspect du futur plan. Une articulation avec le deuxième PNNS (2006-2010) est nécessaire.

Enfin, la lutte contre l'usage nocif de l'alcool doit s'inscrire dans une politique globale de lutte contre les addictions qui, tout en tenant compte des spécificités de chaque produit, doit présenter un cadre cohérent et global. L'axe alcool du futur plan doit être rédigé en

articulation avec les plans existants, en particulier le plan gouvernemental de lutte contre les drogues illicites, le tabac et l'alcool (2004-2008) et le plan addictions (2007-2011).

4.4 La nutrition

En 2002, près de 30% des adultes français étaient en surcharge pondérale, dont 10 % étaient obèses. L'augmentation de la prévalence de l'obésité était rapide (+ 17 % entre 1997 et 2000). Chez les enfants, la prévalence du surpoids et de l'obésité était estimée à 10-12 % au début des années 1990, elle était de plus de 16 % en 2000. L'excès de poids est responsable d'une surmortalité surtout cardiovasculaire. L'obésité est également associée à une augmentation du risque de certains cancers (côlon, rectum et prostate pour l'homme, utérus, sein, vésicule pour la femme). La mortalité annuelle par cancer attribuable à l'obésité et au surpoids serait de 2 300 en France (Hill C, Doyon F. « La fréquence des cancers en France en 2005 : évolution de la mortalité depuis 1950 et résumé du rapport sur les causes de cancer ». Bull Cancer 2008 ; 95(1) :5-10).

La faible consommation de fruits et de légumes est un déterminant de la fréquence de plusieurs pathologies (notamment cancers et maladies cardiovasculaires) associées à une morbidité et une mortalité importantes. Selon la littérature internationale, 7 à 31 % des cancers pourraient être évités par une consommation quotidienne de fruits et légumes d'au moins 400 g.

A côté de son implication dans la protection vis-à-vis de l'obésité, l'activité physique est aujourd'hui reconnue comme ayant un effet protecteur propre vis-à-vis de divers cancers. La mortalité annuelle par cancer attribuable à l'inactivité physique serait de 2 200 en France (Hill C, Doyon F. La fréquence des cancers en France en 2005 : évolution de la mortalité depuis 1950 et résumé du rapport sur les causes de cancer. Bull Cancer 2008 ; 95 (1) :5-10). En France, en 2000 (Baromètre Santé, Inpes) moins de 40 % de la population déclarait avoir pratiqué une activité sportive dans les sept derniers jours.

Quatre objectifs de la loi relative à la politique de santé publique (5, 9, 10, 12) relatifs à la nutrition sont en lien avec le cancer, une mesure du Plan Cancer est concernée (19). Ces objectifs de la loi sont dans la lignée des objectifs du PNNS et ont été repris dans le cadre du deuxième PNNS.

4.4.1 *Objectif 5 - Obésité : réduire de 20 % la prévalence du surpoids et de l'obésité (IMC>25kg/m²) chez les adultes ; passer de 42 % en 2003 à 33 % en 2008 (Objectif PNNS).*

Les indicateurs retenus étaient la prévalence du surpoids (valeurs de l'IMC supérieures ou égales à 25 kg/m2 et inférieures à 30) et celle de l'obésité (valeurs supérieures ou égales à 30 kg/m2). Ils figurent tableau I. Entre 2003 et 2006, selon les données déclaratives issues de l'enquête Obepi, la prévalence du surpoids et de l'obésité est restée stable dans la population adulte (42 %, 50 % chez les hommes, 38 % chez les femmes). Il semble ainsi y avoir une inflexion de l'augmentation observée précédemment (37 % en 1997, 39 % en 2000, 42 % en 2003). Cependant, la prévalence de l'obésité semble poursuivre sa courbe ascendante chez la femme (8,3 % en 1997, 10 % en 2000, 11 % en 2003, 13,6 % en 2006). L'objectif de diminution n'est ainsi pas atteint.

De plus, ces données déclaratives sous-estiment généralement la prévalence réelle du surpoids et de l'obésité. Selon l'enquête ENNS 2006, basée sur des données mesurées, la prévalence du surpoids et de l'obésité était de 49 % en 2006 (16 % d'obésité et 41 % de surpoids chez les hommes, 18 % d'obésité et 24 % de surpoids chez les femmes).

Tableau V- Indicateurs de suivi de la loi relative à la politique de santé publique, résultats attendus et obtenus

Indicateurs des résultats attendus	Source des données	Valeur initiale		Valeur attendue		Valeur obtenue	
		Valeur	Date	Valeur	Date	Valeur	Date
Indicateur principal							
***Prévalence de la surcharge pondérale en population adulte (>18 ans)**	ObEpi (Sofres, Institut Roche, Inserm)	42 %	2003	33 %	2008	42 %	2006
Prévalence du surpoids (25<IMC<30kg/m2)		39,1 % (hommes)				37,6 % (hommes)	
		24,5 % (femmes)				24,3 % (femmes)	
Prévalence de l'obésité (IMC>30kg/m2)		12 % (hommes)				12,5 % (hommes)	
		11 % (femmes)				13,6 % (femmes)	

4.4.2 Objectif 12 - Obésité : interrompre la croissance de la prévalence de l'obésité et du surpoids chez les enfants (objectif PNNS).

Les indicateurs retenus étaient la prévalence du surpoids (valeurs de l'IMC supérieures ou égales à 25 kg/m2 mais inférieures à 30) et celle de l'obésité (valeurs supérieures ou égales à 30 kg/m2). En 2006, selon les résultats de l'enquête déclarative ENNS, 17,8 % des enfants et adolescents âgés de 3-17 ans étaient en surcharge pondérale (la prévalence de l'obésité s'élevait à 3,5 %, celle du surpoids à 14,3 % ; elles étaient identiques chez les garçons et chez les filles). Le détail des résultats par classe d'âge et par sexe est présenté figure 1.

Nous ne disposons pas à ce jour de données nationales de suivi permettant de répondre à l'évaluation de cet objectif. En revanche, un certain nombre d'enquêtes locales ont été réalisées. De façon convergente elles objectivent une stabilisation, voire une baisse de la prévalence surcharge pondérale chez l'enfant (figure 2). L'objectif serait ainsi atteint, ce qui reste à confirmer avec des données nationales de suivi.

Figure 3 - Prévalence de l'obésité et du surpoids

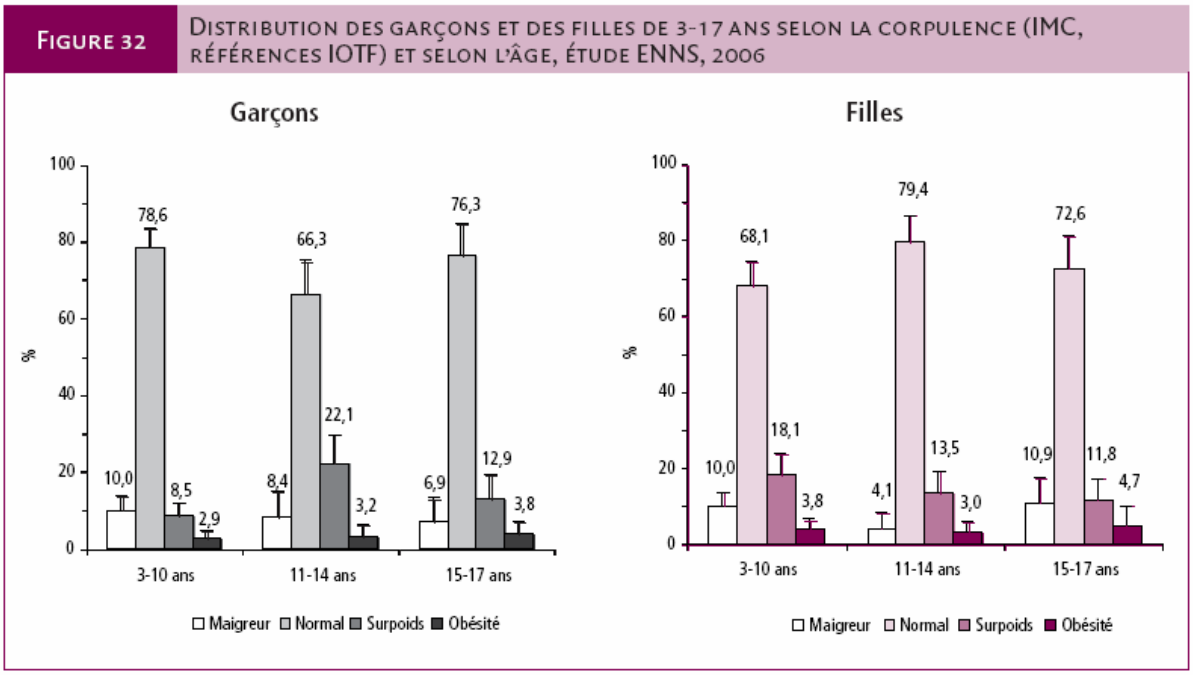
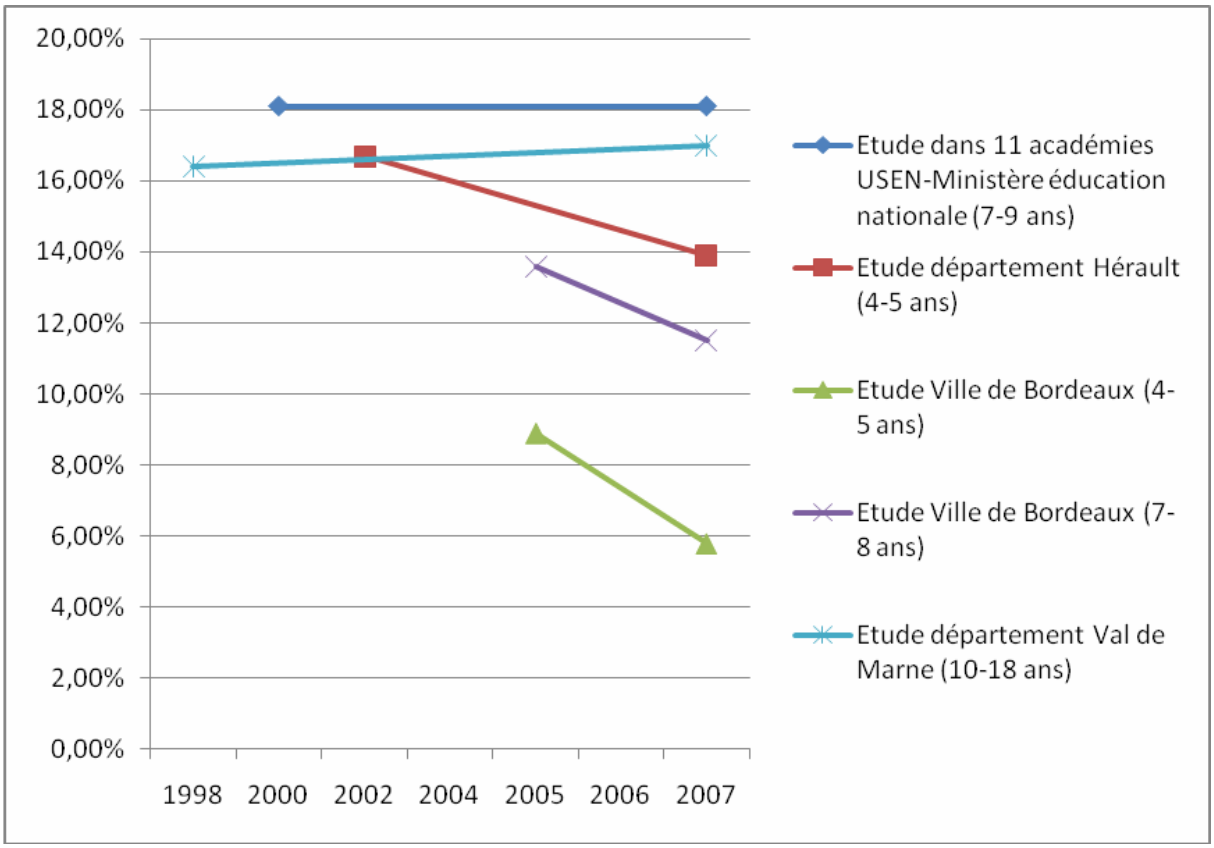


Figure 4 - Prévalence (%) de la surcharge pondérale du surpoids et/ou de l'obésité en population (données déclarées).



4.4.3 *Objectif 9 - Sédentarité et inactivité physique : augmenter de 25 % la proportion de personnes, tous âges confondus, faisant par jour l'équivalent d'au moins 30 minutes d'activité physique d'intensité modérée, au moins cinq fois par semaine ; passer de 60 % pour les hommes et 40 % pour les femmes actuellement, à 75 % pour les hommes et 50 % pour les femmes d'ici à 2008.*

Les indicateurs retenus pour l'évaluation de cet objectif figurent tableau II. Le questionnaire IPAQ (*International physical activity questionnaire*) permet d'estimer la durée et l'intensité de l'activité physique effectuée les sept derniers jours. Ce questionnaire validé internationalement présente l'intérêt de considérer l'activité physique dans sa globalité, menée à tous les moments de la vie quotidienne (au travail, dans la maison ou au jardin, lors des déplacements et pendant le temps libre). D'après les données de l'enquête ENNS, 63 % des adultes (63,9 % des hommes, 62,5 % des femmes), pratiquaient l'équivalent d'une activité physique modérée en 2006 (au moins 30 minutes d'activité physique d'intensité modérée, au moins cinq jours par semaine). Il n'est pas possible d'apprécier de tendance évolutive, car les indicateurs utilisés dans la formulation de l'objectif n'étaient pas basés sur le même mode d'estimation de l'activité physique. Si l'on se base sur la valeur ponctuelle 2006, on peut estimer que l'objectif d'une activité physique modérée quotidienne serait d'ores et déjà atteint chez les femmes mais qu'il ne le sera probablement pas en 2008 chez les hommes. Toutefois, ces valeurs sont issues d'une enquête déclarative, avec une possible surestimation de l'activité physique réelle des personnes interrogées. Ces données restent ainsi à consolider.

Tableau VI - Indicateurs de suivi de la loi relative à la politique de santé publique, résultats attendus et obtenus.

Indicateurs des résultats attendus	Source des données	Valeur initiale		Valeur attendue		Valeur obtenue	
		Valeur	Date	Valeur	Date	Valeur	Date
Indicateur principal							
*** Proportion de personnes, âgées de 18 à 74 ans faisant au moins 30 minutes d'activité physique d'intensité modérée par jour, au moins 5 jours par semaine**	Baromè-tre Santé (Inpes)	60 % (hommes)	2000	75 % (hommes)	2008		
		40 % (femmes)		50 % (femmes)			
	ENNS (InVS)	ND				63,9 % (hommes)	2006
		ND				62,5 % (femmes)	
Indicateur complémentaire							
***Proportion de personnes interrogées qui déclarent avoir pratiqué une activité physique la veille (marche à pied ou activité sportive)**	Baromètre Santé nutrition (Inpes)	86,9 % (hommes)	2002			ND	
		79,4% (femmes)					

4.4.4 Objectif 10 - Faible consommation de fruits et légumes : diminuer d'au moins 25 % la prévalence des petits consommateurs de fruits et légumes : passer d'une prévalence de l'ordre de 60 % en 2000 à 45 % (Objectif PNNS).

Les indicateurs retenus pour son évaluation figurent tableau III. L'objectif est atteint chez les adultes (en 2006, 35 % de petits consommateurs de fruits et légumes, soit moins de 3,5 portions, ou 280 g/jour, contre 45 % attendus en 2008). En revanche, il n'est pas atteint chez les enfants (en 2006, 58 % de petits consommateurs de fruits et légumes contre 45 % attendus en 2008). A noter qu'en l'absence de données initiales nationales, il n'est pas possible de caractériser précisément l'évolution (la valeur initiale de 60 % est une estimation effectuée à partir de sources disparates).

Chez les adultes, comme chez les enfants, l'enquête ENNS 2006 objective de grandes disparités de la prévalence des petits consommateurs en fonction de la PCS. De plus, la situation semble très problématique dans les populations en situation de grande précarité (95 % de petits consommateurs de fruits et légumes, (« Alimentation et état nutritionnel des bénéficiaires de l'aide alimentaire » – Résultats de l'étude Abena, 2004-2005, InVS 2006).

Tableau VII - Indicateurs de suivi de la loi relative à la politique de santé publique, résultats attendus et obtenus.

Indicateurs des résultats attendus	Source des données	Valeur initiale		Valeur attendue		Valeur obtenue	
		Valeur	Date	Valeur	Date	Valeur	Date
Indicateur principal							
** Proportion de personnes déclarant avoir consommé moins de 3,5 portions de fruits ou légumes par jour*		60 %	2000	45 %	2008		
	ENNS (InVS)					adultes: 35 % enfants : 58 %	2006
Indicateurs complémentaires							
Proportions de personnes déclarant avoir consommé :							
• *moins de 5 portions de fruits ou légumes la veille*	Baromètre Santé Nutrition (Inpes)	92,3 % (hommes)	2002			ND	
		87,3 % (femmes)				ND	
• *moins de 3 portions de fruits ou légumes la veille*		80,9 % (hommes)				ND	
		71,2 % (femmes)				ND	
Achats de fruits et légumes par an et par personne	Comptabilité nationale (Insee)	Fruits : 62,3kg	2000			Fruits : 66,4 kg	2005
		Légumes : 190,6kg				Légumes : 195,7kg	

4.4.5 Interprétations, préconisations

L'ensemble des objectifs n'est pas atteint mais les évolutions sont globalement positives, avec une amélioration des conduites nutritionnelles et une tendance à l'inflexion de la croissance de l'obésité. En revanche, les inégalités sociales dans ce domaine se maintiennent, voire s'aggravent.

Nous n'avons pas les moyens à ce jour d'attribuer ces résultats aux mesures et actions mises en œuvre. Cependant, il est fort probable que le PNNS ait contribué à ces évolutions. En effet, depuis son lancement, une forte mobilisation des acteurs et des avancées importantes ont été constatées dans la réalisation des programmes et actions, tant au niveau national, régional, que local. (Serge Hercberg. Rapport - Eléments de bilan du PNNS 2001-2005 » et propositions de nouvelles stratégies pour le PNNS2 2006-2008 », Février 2006).

Ces quatre objectifs de la loi relative à la politique de santé publique ont été repris dans le deuxième PNNS (2006-2010). Les pratiques nutritionnelles sont un facteur de risque de cancer. La toute récente expertise collective de l'Inserm, remise le 18 mars 2008, souligne les bénéfices à attendre de l'activité physique sur la prévention des cancers (« Activité physique - Contextes et effets sur la santé ». Expertise collective de l'Inserm, synthèse et recommandations, 2008). A ce titre, les objectifs ainsi que les plans d'actions du deuxième PNNS (« Deuxième programme national nutrition santé – 2006-2010 », septembre 2006) doivent également être inscrits dans la politique de lutte contre le cancer. Pour la nutrition, comme pour les autres facteurs de risque de cancer, il faut veiller à une bonne articulation entre les politiques de santé, et en particulier entre les différents plans thématiques. L'approche doit être ainsi une approche par facteur de risque et/ou par niveau d'intervention (prévention primaire) et/ou par population et non pas une approche par pathologie. Cette préoccupation doit se refléter dans le choix des institutions et structures qui seront chargées de piloter et/ou de mettre en œuvre cet aspect du futur plan.

Pour tous ces axes, il faut veiller à réduire, du moins à ne pas aggraver, les inégalités sociales de santé. Cette préoccupation doit être présente dans la formulation des objectifs (intégrer des objectifs qui tiennent compte des écarts), se refléter dans le choix des indicateurs de résultats et dans leurs modalités de mesure et peut nécessiter des modalités d'action spécifiques.

4.5 Les cancers professionnels et environnementaux

L'environnement influe sur l'état de santé. Si les expositions professionnelles sont d'intensité bien supérieure aux niveaux d'exposition en population générale, certains facteurs environnementaux sont préoccupants car le grand nombre de personnes exposées conduit à des impacts sanitaires potentiellement importants. Ainsi, huit objectifs de la loi relative à la politique de santé publique sont consacrés à la surveillance de facteurs environnementaux et à leur impact sur la santé de la population, cinq de ces objectifs peuvent concerner le cancer. Cependant, beaucoup d'inconnues demeurent : quantification des effets chez l'homme de toxiques connus, impact de certains nouveaux produits, effets des mélanges de substances.

La nécessité d'améliorer les connaissances sur les risques cancérigènes professionnels et environnementaux et sur l'importance des cancers liés à ces expositions est inscrite dans le Plan cancer. Cet objectif est également repris dans le Plan national Santé-Environnement (PNSE), qui prévoit de renforcer l'évaluation des risques sanitaires liés aux substances chimiques (y compris en milieu professionnel) et de renforcer les connaissances scientifiques des effets de l'environnement sur la santé humaine.

La qualité de l'air a été reconnue comme un enjeu de santé publique majeur, tant pour l'air extérieur que pour celui des locaux d'habitation et de travail. En 2000, en France, selon le rapport GTNDO, on estimait à 32 000 le nombre de décès annuels attribuables à une exposition de long terme à la pollution atmosphérique urbaine (dont des décès par cancer du poumon). Plus de la moitié de ces cas serait causée par la pollution automobile. Les polluants traceurs communément mesurés par les réseaux de surveillance de la pollution atmosphérique sont le dioxyde de soufre (SO2), les fumées noires ou particules de moins de 10 micromètres de diamètre (PM10), le dioxyde d'azote (NO2) et l'ozone (O3), qui sont des indicateurs d'une pollution complexe dont les sources sont variées et les concentrations très hétérogènes sur le territoire.

La surveillance de la qualité de l'air intérieur débute et on ne dispose pas d'indicateur global. Deux gaz toxiques sont cependant bien identifiés et surveillés : le radon et le monoxyde de carbone. Le radon est un gaz radioactif, issu de la désintégration du radium, présent à l'état naturel dans certaines zones géologiques et dont les teneurs dans des espaces mal ventilés peuvent être à l'origine de cancers du poumon. On estimait que 13% de la mortalité par cancer du poumon pourrait être consécutive à cette exposition. Il se concentre dans les locaux d'où il peut être évacué par une ventilation efficace. Le contrôle des niveaux de radon dans les établissements d'enseignement et

les établissements sanitaires est en cours de généralisation dans les départements considérés comme prioritaires.

La qualité de l'eau est quant à elle encadrée par des normes européennes qui concernent les contaminants biologiques (bactéries traceuses) et chimiques (pesticides, par exemple). Ces paramètres font l'objet d'une surveillance par les responsables de la production et de la distribution des eaux et d'un suivi par les DDASS. La qualité de l'eau de consommation est globalement satisfaisante au regard de ces normes, grâce aux traitements qui sont souvent appliqués, mais elle doit être améliorée dans les réseaux de petite taille. Par ailleurs, on constate, selon l'IFEN, une dégradation continue de la qualité de l'eau dans le milieu naturel (cours d'eau, nappes phréatiques) en ce qui concerne les pesticides. Le Plan National Santé Environnement de 2004 a à cet égard retenu l'accélération des procédures de protection des captages et la limitation des rejets polluants comme un axe prioritaire.

D'autres préoccupations de santé publique liées à l'environnement sont maintenant bien identifiées mais on ne dispose pas encore de données de suivi les concernant. Il s'agit plus particulièrement des problèmes de pollution autour des sites industriels, de l'exposition chronique aux produits chimiques (pesticides, dioxines, métaux lourds) et de leur rôle dans la survenue des cancers, de troubles de la reproduction ou troubles endocriniens, de l'exposition au bruit... Ces problèmes font l'objet de surveillance et de mesures préventives de la part des ministères chargés de la Santé et de l'Environnement ainsi que des agences qui leurs sont rattachées et sont pris en compte dans le Plan National Santé Environnement.

La proportion des cancers d'origine professionnelle est estimée entre 4 et 8,5 %, soit 11 000 à 23 000 nouveaux cas chaque année (Ellen Imbernon « Estimation du nombre de cas de certains cancers attribuables à des facteurs professionnels en France", InVS 2003). Pratiquement tous les types de cancer peuvent être concernés, les cancers des voies respiratoires étant néanmoins les plus fréquents. Amiante, benzène, rayonnements ionisants et poussières de bois couvrent, à eux seuls, 98 % des cancers d'origine professionnelle avérés. La part attribuable aux facteurs professionnels dans l'étiologie des cancers est ainsi importante dans les pays industrialisés. Mais la connaissance précise de cette part attribuable est encore fragmentaire en France comme en font état de nombreux rapports, depuis une vingtaine d'années. Selon l'Inserm, la fraction attribuable aux cancers professionnels est sous-estimée : seulement 10 % des cancers professionnels sont reconnus. La difficulté tient à plusieurs raisons : délai d'apparition des cancers longtemps après l'exposition professionnelle, origine le plus souvent pluri-factorielle, méconnaissance de l'exposition et sous-déclaration des maladies

professionnelles qui occulte l'importance du problème, moyens de recherche et de surveillance épidémiologique insuffisants.

De plus, il demeure difficile d'évaluer précisément le risque d'une population exposée aux agents cancérogènes, notamment pour deux raisons : la connaissance des expositions professionnelles est encore très incomplète en France ; le degré d'exposition provoquant une augmentation du risque de cancer reste mal connu.

La lutte contre les cancers professionnels et environnementaux fait l'objet de 5 objectifs de la loi relative à la politique de santé publique (17,19, 20, 21, 22) et de 2 mesures du Plan cancer (13, 14). De plus, elle représente une part importante du Plan National Santé Environnement (PNSE, 2004-2008).

4.5.1 Objectif 17 - Réduire les effets sur la santé des travailleurs des expositions aux agents cancérogènes (cat. 1 et 2) par la diminution des niveaux d'exposition.

L'indicateur qui avait été défini, figure au tableau I. Les données issues de l'enquête SUMER de 2003 permettaient d'estimer en France un total de 930 000 travailleurs exposés aux agents cancérogènes (cat. 1 et 2[3]) en 2003. Les sept agents cancérogènes les plus fréquents étaient par ordre de prévalence : poussières de bois (2,2 %), trichloréthylène (0,9 %), goudrons de houille et dérivés (0,7 %), chrome et dérivés (0,6 %), amiante (0,6 %), hydrocarbures halogénés et/ou nitrés (0,6 %), fibres céramiques (0,6 %). Les secteurs où les expositions sont les plus fréquentes étaient la construction et les secteurs des biens intermédiaires et des biens de consommation. Les poussières de bois, agents cancérogènes les plus répandus parmi ceux reconnus par l'UE, concernent de nombreux secteurs, la construction (12 % des salariés), les industries de biens de consommation (6 %), l'agriculture (6 %) et les industries des biens intermédiaires (4 %), les industries de biens d'équipement (1,5 %), le commerce, la réparation automobile et d'articles domestiques (1 %). Pour tous ces produits, ce sont les ouvriers qui sont les plus exposés, en général deux fois plus que la moyenne des salariés, 70% des salariés exposés sont des ouvriers. Les employés sont les moins exposés. Les professions intermédiaires de production subissent une exposition identique à la moyenne des salariés.

L'évolution de ces indicateurs pourra être objectivée par l'analyse des résultats de l'enquête SUMER 2008, qui ne sera pas disponible avant fin 2009, voire 2010. En attente de ces données, il n'est pas possible aujourd'hui d'évaluer l'atteinte ou non de l'objectif de santé publique.

---

[3] Groupe 1 : les circonstances d'exposition donnent lieu à des expositions qui sont cancérogènes pour l'homme. Cette catégorie n'est utilisée que lorsqu'on dispose d'indications suffisantes de cancérogénicité pour l'homme. Exceptionnellement, un agent (mélange) peut être placé dans cette catégorie lorsque les indications de cancérogénicité pour l'homme ne sont pas tout a fait suffisantes, mais qu'il existe des indications suffisantes de sa cancérogénicité chez l'animal de laboratoire et de fortes présomptions que l'agent (mélange) agit suivant un mécanisme de cancérogénicité reconnu.

Groupe 2 : cette catégorie comprend les agents, mélanges et circonstances d'exposition pour lesquels, au maximum, on a obtenu des indications de cancérogénicité pour l'homme presque suffisantes et, au minimum, on ne dispose d'aucune donnée concernant l'homme mais on dispose d'indications suffisantes de cancérogénicité pour l'animal de laboratoire. Lesdits agents, mélanges et circonstances d'exposition sont classés soit dans le groupe 2A (probablement cancérogène pour l'homme), soit dans le groupe 2B (peut être cancérogène pour l'homme) sur la base d'indications épidémiologiques et expérimentales de cancérogénicité et d'autres renseignements pertinents.

Tableau VIII- Indicateur de suivi de la loi relative à la politique de santé publique, résultats attendus et obtenus.

Indicateurs des résultats attendus	Source des données	Valeur initiale		Valeur attendue		Valeur obtenue	
		Valeur	Date	Valeur	Date	Valeur	Date
Indicateur principal							
Nombre de personnes exposées aux agents cancérogènes (catégories 1 et 2) par secteur d'activité et par type de substance pur les 7 principales substances cancérogènes *	Enquête SUMER	930 000	2003			ND	

* [poussières de bois, trichloréthylène, goudron de houille et dérivées, chrome et dérivés, amiante, hydrocarbures halogénés et/ou nitrés, fibres céramiques].

4.5.2 Objectif 19 - Bâtiments publics : réduire l'exposition au radon dans tous les établissements d'enseignement et dans tous les établissements sanitaires et sociaux en dessous de 400 Bq/m3 (valeur guide de l'UE).

L'indicateur retenu pour cet objectif était le pourcentage d'établissements scolaires et médico-sociaux ayant des taux de radon > 400 Bq/m3 parmi ceux des 31 départements prioritaires (tableau II). Le pourcentage initial n'était pas connu. La mesure du niveau de risque était un préalable à la réponse à cet objectif. Cette mesure a été réalisée en 2005-2006. Elle montrait que 11 % des établissements scolaires et médico-sociaux des 31 départements prioritaires avaient des taux de radon > 400 Bq/m3. Au-delà de ce constat, nous n'avons pas d'éléments à ce jour sur les actions de correction mises en œuvre et sur leur efficacité. L'objectif n'est ainsi pas évaluable.

Tableau IX - Indicateurs de suivi de la loi relative à la politique de santé publique, résultats attendus et obtenus.

Indicateurs des résultats attendus	Source des données	Valeur initiale		Valeur attendue		Valeur obtenue	
		Valeur	Date	Valeur	Date	Valeur	Date
Indicateur principal							
Pourcentage d'établissements scolaires et médico-sociaux ayant des taux de radon > 400 Bq/m3 parmi ceux des 31 départements prioritaires	ASN	ND				11 %	2005-2006
Indicateurs complémentaires							
Taux de couverture du programme de détection Impact du traitement sur les établissements		ND				ND	

4.5.3 Objectif 20 - Réduire l'exposition de la population aux polluants atmosphériques : respecter les valeurs limites européennes 2008 (NO2 et particules fines PM10) dans toutes les villes (- 20 % par rapport à 2002).

Les indicateurs retenus pour cet objectif et les résultats obtenus figurent au tableau III.

L'objectif a été fixé en termes d'exposition de la population. Il n'est pas possible en l'état des données d'évaluer son atteinte, parce que les données de surveillance de la qualité de l'air ne sont pas exploitées à cet effet. En termes de concentrations ambiantes, seul le SO2 a connu une baisse au moins égale à l'objectif. La baisse a été plus faible pour le NO2, nulle ou très modeste pour les PM10, alors que l'ozone a augmenté.

Plus précisément, les concentrations moyennes en SO2 sont dorénavant basses, sauf encore en certains sites proches d'émissions industrielles. Les valeurs de NO2 ont régulièrement diminué sur la période d'observation, en valeurs moyennes mesurées sur les sites de « fond urbain » ; les valeurs de proximité du trafic restent cependant élevées (par exemple, les valeurs guides de l'UE sont presque toujours substantiellement dépassées dans les grandes agglomérations, dont l'agglomération parisienne). Les teneurs des particules PM10 sont restées stables en moyenne sur la période 2000-2006, ce qui n'est pas satisfaisant. Les concentrations « de fond » de l'ozone poursuivent leur tendance régulière à l'augmentation, signe que les émissions de leurs précurseurs n'ont pas diminué de manière suffisante. C'est pour ce polluant que les dépassements des « seuils d'information » ont été les plus nombreux (mais il s'agit là d'un artefact lié à la valeur relative des seuils d'information des divers polluants).

A signaler que d'autres polluants qui n'ont pas été pris en compte dans la LPSP ont connu une évolution très favorable depuis 2000 : le benzène et le plomb ont des concentrations moyennes plus faibles que les valeurs limites de l'UE, y compris en situation de proximité du trafic ; certains sites de proximité industrielle restent cependant encore affectés.

Tableau III - Indicateurs de suivi de la loi relative à la politique de santé publique, résultats attendus et obtenus.

Indicateurs des résultats attendus	Source des données	Valeur initiale		Valeur attendue		Valeur obtenue	
		Valeur	Date	Valeur	Date	Valeur	Date
Indicateurs principaux							
Concentrations moyennes annuelles en particules PM10, NO2, SO2, O3 dans l'air ambiant	ASQA		2000	- 20 %	2008		2006
PM10		21 µg/m3				21 µg/m3	
NO2		27 µg/m3				24 µg/m3	
SO2		5,5µg/m3				3,5µg/m3	
O3						En augmentation	
Fréquence de dépassement des seuils légaux	ASQA					O3 : 534 fois NO2 : 24 fois SO2 : 52 fois	2006
Nombre de personnes exposées à des dépassements des seuils réglementaires pour les polluants majeurs (NO2 et O3)						ND	
Évaluation de l'impact sanitaire à court terme dans les villes de plus de 100 000 habitants où les niveaux d'exposition aux polluants atmosphériques sont mesurés						ND	

4.5.4 Objectif 21 - Réduire l'exposition de la population aux polluants atmosphériques ; réduire les rejets atmosphériques : - 40 % pour les composés organiques volatils (dont le benzène) entre 2002 et 2010 ; réduire d'un facteur 10 pour les émissions de dioxines de l'incinération et de la métallurgie entre 1997 et 2008 ; - 50 % pour les métaux toxiques entre 2000 et 2008.

Les indicateurs retenus pour cet objectif et les résultats obtenus figurent en tableau IV. L'objectif est d'ores et déjà atteint pour le benzène, le plomb, le cadmium, les composés organiques volatils. Il est en voie d'être atteint pour la dioxine. Il n'est pas atteint pour le mercure (qui n'est pas un cancérigène en l'état de nos connaissances).

Tableau XI - Indicateurs de suivi de la loi relative à la politique de santé publique, résultats attendus et obtenus.

Indicateurs des résultats attendus	Source des données	Valeur initiale		Valeur attendue		Valeur obtenue	
		Valeur	Date	Va-leur	Da-te	Valeur	Date
Indicateurs principaux							
Concentrations moyennes annuelles en benzène et métaux lourds (plomb, cadmium, arsenic, nickel) dans l'air ambiant	ADEME	Benzène : 3 à 5 microgrammes/m3	2003				
	CERTU	ND				Benzène: En milieu urbain : 1,0 à 2,2 ng/m3 En zone de trafic : 1,5 à 4 ng/m3 En zone péri-urbaine : 1,0 à 1,5 ng/m3 Industriel : 1,0 à 2,0 ng/m3 En zone rurale : 0,5 à 1,2	2007
	Ministère de l'écologie et du dévelop-pement durable	Plomb : 0,03 µg/m3	2000				
	CERTU	ND				Plomb: En milieu urbain : 16 à 21 ng/m3 En zone de trafic : 17 à 31 ng/m3 En zone péri-urbaine : 9 à 18 ng/m3 Industriel : Autour de 18 ng/m3 En zone rurale : ND	2007

	CERTU	ND				Cadmium: En milieu urbain : 0,2 à 0,6 ng/m3 En zone de trafic : 0,1 à 0,8 ng/m3 En zone péri-urbaine : 0,7 à 0,8 ng/m3 Industriel : Autour de 0,7 ng/m3 En zone rurale : ND	2007
	CERTU	ND				Arsenic : A distance des sources d'émission : 1 à 3 ng/m3 En milieu urbain : 20 à 30 ng/m3	2007
	CERTU	ND				Nickel : En milieu urbain : 2,2 à 6 ng/m3 En zone de trafic : 1,6 à 8 ng/m3 En zone péri-urbaine : Autour de 5 ng/m3 Industrielle : Autour de 5 ng/m3 En zone rurale : ND	2007
Agglomérations >250 000 habitants touchées par des dépassements de valeurs cibles pour des métaux toxiques (plomb) et des dépassements des valeurs réglementaires en benzène	ND						

Nombre de personnes exposées à des dépassements des valeurs cibles pour les métaux lourds et des dépassements des valeurs réglementaires pour le benzène dans les agglomérations supérieures à 250000 habitants	ND						
Emissions totales et sectorielles de :							
• Benzène	CITEPA		2002	- 40 %	2010	-10 %	2004
• Chlorures de vinyle			2002		2010		2005
• Composés organiques volatils			2002	- 40 %	2010	- 42 %	2005
• Dioxines			1997	- 90 %	2008	- 70 %	2005
• Métaux toxiques (Pb, Cd, Hg)			2000	- 50 %	2008	Pb : - 44,4 % Cd :- 55 % Hg : - 17 %	2005

4.5.5 Objectif 22 - Qualité de l'eau : diminuer par deux d'ici 2008 le pourcentage de la population alimentée par une eau de distribution publique dont les limites de qualité ne sont pas respectées en permanence pour les paramètres microbiologiques et les pesticides.

Dans le cadre du cancer, seule la partie de l'objectif relative aux pesticides sera analysée. Le résultat de l'indicateur figure tableau V. La proportion de la population alimentée par de l'eau non conforme au cours de l'année a diminué de 43 % entre 2003 (9 %) et 2006 (5,1 %). Ainsi, l'objectif est quasiment atteint.

La non-conformité des eaux a concerné environ 5,4 millions de personnes en 2003 et 3 millions de personnes en 2006. Toutefois la situation de non-conformité des eaux présentant des concentrations en pesticides supérieurs à la limite de qualité amène à distinguer deux types de situations : avec et sans restriction d'utilisation de l'eau.

En 2005, sur les 3,7 millions de personnes dont l'eau a dépassé les limites de qualité, 3,6 millions ont été alimentées par de l'eau non conforme mais sans restriction d'utilisation (car les teneurs en pesticides mesurées sont inférieures à la valeur sanitaire maximale, et/ou les dépassements de la limite de qualité étaient de moins de 30 jours au cours de l'année) ; la restriction d'usage en 2005 a concerné 113 200 personnes soit 0,19 % de la population française.

Tableau XII - Indicateurs de suivi de la loi relative à la politique de santé publique, résultats attendus et obtenus.

Indicateurs des résultats attendus	Source des données	Valeur initiale		Valeur attendue		Valeur obtenue	
		Valeur	Date	Valeur	Date	Valeur	Date
Indicateur principal							
Proportion de la population alimentée par de l'eau non conforme pour les pesticides estimée à partir des informations fournies par les DDASS.	DDASS	9 %	2003	4,5 %	2008	5,14 %	2006

4.5.6 Analyse, préconisations

Des progrès ont été enregistrés dans ces différents domaines, mais ils ne sont pas toujours chiffrables faute d'indicateurs d'évaluation définis ou faute de système d'information permettant de les renseigner de manière homogène et régulière.

Deux domaines méritent une attention particulière en raison d'objectifs non atteints ou mal définis, en l'état des informations disponibles. Il s'agit des objectifs 19 et 22.

S'agissant de **l'objectif 19**[4], le bilan dressé montre qu'il n'est pas atteint ; que les données disponibles ne permettent pas de prévoir quand il le sera, ni à quel coût, ni avec quel bénéfice sanitaire. Un certain nombre d'actions ont été engagées, notamment dans le cadre du Plan d'actions interministériel 2005-2008 pour la gestion du risque lié au radon. Mais il semble qu'un retard a été pris dans la mise en œuvre de plusieurs des actions qui avaient été prévues au PNSE. Par exemple, l'objectif de formation des professionnels du bâtiment aux techniques de réduction du radon dans les bâtiments n'est pas atteint. Le PNSE2 devrait se fixer pour objectif de remédier à cette situation en définissant des actions évaluables et en mobilisant en priorité dans les territoires prioritaires « à risque radon », des moyens à la hauteur des enjeux de santé publique que représente l'exposition de la population à des niveaux élevés de radon.

L'**objectif 22**[5] donne une impression de progrès qui est dans une certaine mesure trompeuse. La baisse de la fraction de la population desservie par une eau ne respectant pas les paramètres relatifs aux pesticides n'est acquise qu'au prix du renoncement à des ressources devenues polluées et de l'augmentation du nombre d'installations de traitement des eaux brutes. Celles-ci, eaux profondes et surtout eaux de surface, connaissent une pollution par les pesticides au mieux stagnante si ce n'est empirant. L'accent doit donc être porté sur la prévention en amont des pollutions diffuses, en mettant en œuvre de manière effective et évaluable les dispositions nouvelles prévues par la loi sur l'eau concernant la fixation par les préfets de plans de réduction d'épandage de pesticides dans les bassins sensibles. On notera aussi que l'atteinte d'objectifs arrêtés dans le cadre réglementaire européen s'impose sous peine de procédures de contentieux.

---

[4] « réduire l'exposition au radon des établissements d'enseignement et dans tous les établissements sanitaires et sociaux en dessous de 400Bq/m3 ».

[5] « qualité de l'eau : diminuer par deux d'ici 2008 le pourcentage de la population alimentée par une eau de distribution publique dont les limites de qualité ne sont pas respectées en permanence pour les paramètres microbiologiques et les pesticides ».

Concernant **l'objectif 17**[6], la mobilisation a été importante autour de cette thématique, citons, outre les mesures réglementaires :

- le contrat-cadre, signé le 13 février 2004, qui organise un partenariat entre le ministère chargé de la santé et le ministère chargé du travail afin de contribuer à l'amélioration des connaissances en matière de cancers d'origine professionnelle, à la prévention de ces cancers, ainsi qu'à celle des autres cancers en milieu professionnel ;
- le lancement le 13 avril 2004 du Plan santé au travail (PST 2005 – 2009), conséquence indirecte du contrat-cadre. Il prolonge les actions qui avaient été introduites dans le PNSE pour le milieu professionnel, en les inscrivant dans une politique publique globale de la santé au travail[7] ;
- en application d'une des principales mesures du Plan santé au travail, l'ordonnance du 1er septembre 2005 a créé l'Agence française de sécurité sanitaire de l'environnement et du travail (Afsset) ;
- le programme de prévention des risques liés à l'environnement général et au travail dans les Plans régionaux de santé publique ;
- le Plan de cohésion sociale (juin 2004) qui fait de la santé au travail l'un des six thèmes prioritaires du « nouveau pacte pour l'emploi ».

Il faudra attendre les résultats de l'enquête SUMER 2008 pour pouvoir répondre à la question de l'atteinte ou non de l'objectif sur la période considérée (2004-2008). Il faut de plus noter que l'enquête SUMER ne couvre pas tous les salariés et pas du tout les travailleurs non salariés (indépendants, exploitants agricoles). Les premiers éléments d'évaluation montrent que le constat semble positif sur les actions de substitution. L'effort doit être maintenu. Cependant, quand cette substitution est impossible, il est nécessaire de renforcer et développer l'utilisation des protections collectives et individuelles. Il faut noter toutefois une difficulté du fait du choix de la liste des produits CMR faisant l'objet des études, plutôt restrictive dans SUMER (28 produits ou familles de produits cancérogènes), alors que le bilan 2005 de l'INRS repère 324 CMR (agents cancérogènes C1, C2, C3, tous les agents mutagènes et agents reprotoxiques R1). Parmi ces 324 agents, la consommation de 168 est très faible ou nulle.

---

[6] « réduire les effets sur la santé des travailleurs des expositions aux agents cancérogènes (cat. 1 et 2) par la diminution des niveaux d'exposition ».

[7] Le plan gouvernemental santé au travail 2005-2009 (PST) comprend 23 actions prioritaires organisées autour de 4 objectifs structurants :
1.développer les connaissances des dangers, des risques et des expositions en milieu professionnel
2.renforcer l'effectivité du contrôle
3.refonder les instances de concertation du pilotage de la santé au travail
4.encourager les entreprises à être acteur de la santé au travail.

Il vise à l’amélioration des connaissances sur les conditions de travail en général et propose une organisation ainsi que des actions généralistes et transversales qui, dans leur mise en œuvre, devraient contribuer à la prévention de divers types de risques au travail.

Le maintien de l'objectif est nécessaire ; il semblerait pertinent de l'étendre aux cancérogènes classés CIRC 1 et CIRC 2 non pris en compte dans la classification CMR de l'UE et notamment les médicaments (anticancéreux cytotoxiques, antiviraux…). Il semblerait aussi plus pertinent de retenir les situations d'exposition correspondant à la combinaison de la Classification cat. 1 et 2 selon l'UE et de la classification CIRC 1 et 2A. De plus, il est nécessaire d'améliorer la connaissance des expositions aux agents chimiques cancérogènes en développant des évaluations métrologiques de contamination environnementale et contamination biologique. La mise en œuvre de la démarche d'évaluation du risque en milieu professionnel permet, en principe, d'apprécier la proportion d'agents exposés à la présence de produits CMR, mais la fréquence des situations de discordance entre les estimations quantitatives du risque de cancer et le respect des valeurs limites d'exposition professionnelle mérite d'être étudiée attentivement, afin de porter un regard critique sur certaines VLEP actuelles. Enfin, la démarche d'évaluation des risques en entreprises, promulguée en 2001 et reprise dans le cadre du plan de santé au travail, s'avère problématique et mérite d'être évaluée dans sa mise en œuvre et ses résultats de façon précise.

Dans tous les domaines, y compris pour ceux qui ont connu les évolutions les plus favorables, on note des insuffisances des systèmes d'information qui n'ont pas été conçus pour et souvent ne permettent pas de décrire de manière efficace la situation en termes de disparités géographiques (par région, ou si cela est pertinent, par bassin économique ou de population) et de disparités sociales. Dans certains cas, il n'est même pas possible, en l'état des systèmes d'information, de décrire la situation en termes de distribution des expositions de la population. Par ailleurs, la production des données se fait généralement selon un rythme trop long ne permettant pas de piloter les actions en s'appuyant sur l'observation des évolutions temporelles. **Il est important que soient apportées des solutions à ces insuffisances, en termes de méthodes, d'organisation et de moyens consacrés à cette production des données**. Sans quoi l'effort de la Nation pour promouvoir un environnement ne portant pas atteinte à la santé publique ne pourra être évalué convenablement et les progrès obtenus ne pourront être comparés à ceux de nos voisins européens.

5 Dépistage

5.1 Eléments clefs

Quatre objectifs de la loi relative à la politique de santé publique concernaient des dépistages des cancers : deux dépistages principalement menés dans un cadre organisé (cancer du sein et cancer du colon) et deux individuels (cancer du col de l'utérus et mélanome). A l'exception du dépistage du mélanome pour lequel nous ne disposons pas de suffisamment d'information pour conclure, les objectifs sont atteints ou en voie de l'être (le dépistage du cancer du sein atteint ses objectifs en termes de qualité, le dépistage du cancer du colon est en voie d'être généralisé, la baisse de l'incidence du cancer du col de l'utérus se poursuit). En revanche, les couvertures sont encore faibles même si elle ont progressé pour ces quatre dépistages et les inégalités sociales importantes.

Dans le principe, ces 4 objectifs doivent être maintenus ; ils doivent cependant être reformulés pour tenir compte de l'évolution du contexte. La surveillance des indicateurs clefs doit se poursuivre et doit même être renforcée, avec une amélioration du suivi des femmes dépistées, particulièrement dans le cadre des dépistages individuels.

La réduction des inégalités, l'amélioration des performances et de l'efficience des dépistages passent par une amélioration de la complémentarité entre les deux systèmes organisé et individuel. La persistance du double système présente des avantages (meilleurs taux de couverture, liberté de choix), mais également des inconvénients (moins de contrôle qualité, coût, inégalités sociales). Il faudrait poursuivre la réflexion sur le rapprochement des deux systèmes, qui passe par une meilleure intégration des dépistages organisés au système de soin, et l'application d'un cahier des charges commun en ce qui concerne la qualité.

La réponse aux objectifs spécifiques visant à réduire les inégalités sociales d'accès au dépistage peut nécessiter la mise en place de modalités d'actions spécifiques qui peuvent faire l'objet d'expérimentations.

Pour une évolutivité optimale des dépistages actuels et éventuellement envisager de nouveaux dépistages, il serait important de se doter d'un outil de veille scientifique, technologique et de santé publique.

Dépistage du cancer du sein

Le cancer du sein représentait la première cause de cancers chez la femme en 2000. Il a été prouvé que le pronostic est d'autant plus favorable que la maladie est détectée à un stade précoce. De plus, la détection précoce permet un traitement conservateur moins mutilant. Le dépistage organisé du cancer du sein a ainsi été généralisé en 2003-2004. Il s'est accompagné toutefois du maintien du dépistage individuel en parallèle. Entre 60 % et 70 % (selon les sources) des femmes de 50 à 74 ans ont passé une mammographie de dépistage en 2005. Ce taux de couverture comprend les dépistages réalisés dans le cadre des programmes (environ 2/3 du total) et les dépistages individuels. La progression de la couverture du dépistage est notable, mais l'objectif d'un taux de couverture de 80 % n'est pas atteint. Il faut toutefois souligner que cet objectif était probablement trop ambitieux (le référentiel européen mis à jour en 2006 préconise un taux de participation de la population cible supérieur ou égal à 70 %).

Préconisations :

L'effort relatif au dépistage doit se poursuivre dans la durée. Il parait plus réaliste de fixer un objectif de 70 % de la population couverte, ce qui correspondrait aux références internationales. Cet objectif général doit être complété par des objectifs spécifiques visant à réduire les inégalités sociales d'accès au dépistage. La réflexion sur une meilleure articulation des deux systèmes, individuel et organisé, qui passe par une meilleure implication du médecin traitant, doit se poursuivre. Elle peut s'appuyer sur le cahier des charges établi en 2006 en vue d'assurer la qualité du dépistage organisé et sur l'analyse des différentes expériences en cours.

Dépistage du cancer colorectal

Entre 1978 et 2000, l'incidence du cancer colorectal a augmenté et la mortalité baissé. Cette évolution pourrait être expliquée par l'amélioration des traitements, du diagnostic précoce et par l'influence du dépistage individuel. En termes de survie à 1 an et 5 ans, la France se situe très favorablement par rapport aux autres pays européens. Le dépistage organisé prévoit une structure départementale de mise en œuvre. Ce dépistage a été expérimenté dans 2 départements en 2002, puis étendu progressivement. En novembre 2007, 88 départements participaient. Il est prévu que la généralisation soit effective en juin 2008.

Préconisations :

La généralisation du dépistage étant bientôt effective, il faudrait maintenant améliorer la couverture et s'assurer du maintien de sa qualité. En effet, les critères de qualité restent améliorables. En particulier 14 % des personnes ayant un test positif n'avaient pas réalisé de coloscopie. Des objectifs relatifs à la couverture effective et à la qualité devraient trouver leur place dans le futur Plan cancer.

Dépistage du cancer du col de l'utérus

Le nombre de décès par cancer du col utérin est de l'ordre de 1 000 par an. La baisse de l'incidence s'est poursuivie de 2000 à 2005, à un rythme moyen de - 2,25 % annuel proche de l'objectif affiché de 2,5 % par an. Il faut toutefois signaler que la mortalité, qui a fortement diminué avant 2000, s'est stabilisée entre 2000 et 2005. Le lien entre une infection persistante par un papillomavirus de type oncogène et le développement d'un cancer du col utérin est bien établi. Le dépistage est individuel. Il n'existe pas de programme national de dépistage organisé du cancer du col de l'utérus en France. Seuls 5 départements ont pris des initiatives en ce sens. Le taux de couverture du dépistage était selon les données de la Cnamts de 59 % en 2003-2005. Il poursuit une progression régulière depuis 1995. L'objectif d'un taux de couverture de 80 % ne sera pas atteint.

Préconisations

Il est nécessaire de maintenir un objectif d'amélioration du taux de couverture, 70 % étant probablement plus réaliste. Il est indispensable d'améliorer le système d'information, permettant un suivi de l'activité de dépistage, de la qualité de cette activité, de son efficience et de ses résultats. Ce système d'information permettrait également d'évaluer l'impact de l'arrivée de la vaccination sur les pratiques et sur les caractéristiques des lésions. Les expérimentations actuelles du dépistage organisées, conformément au cahier des charges national, devraient être étendues. L'implication des professionnels de santé (en particulier des médecins généralistes et gynécologues) dans ces expérimentations est indispensable.

Dépistage des mélanomes cutanés

L'incidence des mélanomes a fortement augmenté de 1980 à 2000 (multiplié par 3 chez l'homme et 2,4 chez la femme). De même sa mortalité (1 364 décès en 2000) a augmenté, mais a un rythme moins soutenu. Les dernières données disponibles semblent objectiver une stabilisation, voire une diminution de l'incidence du mélanome. Une évolution similaire est apparue dans plusieurs pays, en particulier européens. En raison de la longue période d'induction et de latence de ce cancer, on peut supposer que cette évolution puisse être attribuée à un effet à long terme des politiques de prévention initiées dans les années 1960/80. Le diagnostic précoce des mélanomes permet de réduire la mortalité liée à ce cancer. La couverture du dépistage est faible (64% des Français n'auraient jamais pratiqué de dépistage). Il n'est pas possible d'évaluer l'amélioration ou non des conditions du dépistage à partir des informations disponibles.

Préconisations

Conformément aux préconisations de la HAS en 2006, il conviendrait de valider par des études prospectives sur la population française les facteurs de risque de mélanome et d'élaborer à partir de ces données une grille d'identification des sujets à risque utilisable par l'ensemble des médecins ; de mesurer le coût de prise en charge du mélanome par stade de gravité ; de mettre en place des sessions de formation au diagnostic précoce du mélanome et à l'identification des sujets à risque de mélanome destinées aux médecins ; de sensibiliser le grand public au diagnostic précoce du mélanome.

5.2 Le dépistage organisé du cancer du sein

Le cancer du sein représentait la première cause de cancers chez la femme avec 42 000 nouveaux cas (36 % des cancers féminins) et 11 640 décès (20% des décès par cancers chez la femme) en 2000, dont un tiers avant 64 ans (4 200 décès). Il a été prouvé que le pronostic est d'autant plus favorable que la maladie est détectée à un stade précoce. De plus, la détection précoce permet un traitement conservateur moins mutilant. La probabilité de réduction de mortalité par cancer du sein chez les femmes régulièrement dépistées est plus forte lorsque les conditions de réalisation du programme de dépistage associent rigueur, méthodologie et qualité technique.

En France, le programme national de dépistage systématique du cancer du sein a été mis en place par la Direction générale de la santé (DGS) en 1994. Ce programme concernait initialement une quinzaine de départements. Il s'est appuyé sur les recommandations européennes pour la formation et le contrôle qualité et sur l'évaluation d'un programme pilote de la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés (Cnamts) mené depuis 1990 dans une dizaine de départements. En 2000, l'une des priorités du programme national de lutte contre le cancer de la DGS était la généralisation à l'ensemble des départements du dépistage organisé. Un nouveau cahier des charges basé sur l'évaluation du programme en cours ainsi que sur les recommandations de l'Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé (Anaes) a été finalisé en 2001. Il avait pour objectif d'augmenter la participation des femmes au programme en adaptant les modalités de dépistage et en renforçant les volets qualité et évaluation. Le dépistage organisé du cancer du sein a ainsi été généralisé en 2003-2004. Le dépistage du cancer du sein est proposé tous les deux ans à toutes les femmes de 50 à 74 ans inclus. Il comporte un examen clinique et une mammographie comprenant deux incidences par sein, faisant l'objet d'une deuxième lecture en cas d'absence d'anomalie suspecte à la première lecture, d'emblée ou après bilan immédiat. Il est organisé à l'échelle départementale, et des structures de gestion locales, assurent sa mise en œuvre et effectuent le recueil des données nécessaires à son pilotage et son évaluation.

Par ailleurs, en France, une mammographie peut être prescrite à tout moment par un médecin et remboursée par l'assurance maladie. Ainsi, parallèlement au développement progressif du programme de dépistage organisé, la pratique du dépistage individuel s'est développée dans tous les départements, qu'il y ait ou non un dépistage organisé, et les deux systèmes coexistent ainsi (sources complémentaires « Dépistage du cancer du sein - Rapport d'évaluation du suivi épidémiologique » - Données 2001 et 2002, InVS, septembre 2005 ; « Estimation de l'impact du dépistage organisé sur la mortalité par cancer du sein - Contexte, méthodologie et faisabilité », InVS) .

Le dépistage organisé du cancer du sein a fait l'objet d'un objectif de la LPSP (50) et d'une mesure du plan cancer (21)[8].

[8] D'autres mesures concernent les femmes à risque très élevé (par prédisposition génétique) : elles ne seront pas abordées à cette étape de l'évaluation.

5.2.1 Objectif 50 - Cancer du sein : réduire le pourcentage de cancers à un stade avancé parmi les cancers dépistés chez les femmes, notamment par l'atteinte d'un taux de couverture du dépistage de 80 % pour les femmes de 50 à 74 ans.

Les indicateurs de suivi de cet objectif figurent tableau I.

Le taux de détection de cancer et les pourcentages de cancers de bon pronostic, c'est-à-dire les cancers *in situ*, les cancers invasifs de moins de 10 mm et les cancers invasifs sans envahissement ganglionnaire, sont les principaux indicateurs d'efficacité du programme de dépistage. Le programme de dépistage organisé du cancer du sein a été généralisé début 2004. Le taux de détection des cancers est resté stable, égal à 6,6 cancers pour mille femmes dépistées contre 6,9 % en 2003. Parmi ces cancers détectés en 2004, on a observé 13,4 % de cancers *in situ* et parmi les cancers invasifs 36,9 % étaient de taille ≤ à 10 mm et 72,1% n'avaient pas d'atteinte ganglionnaire. Ces pourcentages, cohérents avec les seuils définis au niveau européen pour les objectifs du dépistage, sont comparables à ceux enregistrés en 2002 et 2003. Nous ne disposons pas de données plus récentes - Etat de santé 2007 ».

Le taux de couverture du dépistage comprend les dépistages réalisés dans le cadre des programmes et les dépistages spontanés. Selon les données déclaratives, la couverture dans la tranche d'âge concernée était comprise en 2005 entre 65 % (baromètre santé, Inpes) et 72 % (baromètre cancer, Inpes), contre 52 % en 2000 (baromètre santé, Inpes 2000). La couverture est plus faible entre 70 et 75 ans (56 % selon le baromètre santé 2005), mais il faut souligner que cette tranche d'âge n'était pas concernée par le dépistage avant 2000 et que la couverture a fortement progressé depuis (elle était de 30 % en 2000). Ces résultats sont concordants avec ceux issus des données médico-administratives du SNIIRAM (64,3 % en 2006). Ainsi la progression de la couverture du dépistage est notable, mais l'objectif de 80 % n'est pas atteint. Il faut toutefois souligner que cet objectif était probablement trop ambitieux (le référentiel européen mis à jour en 2006 préconise un taux de participation de la population cible supérieur ou égal à 70 %).

Un peu plus des deux tiers de ces dépistages ont été réalisés dans le cadre des programmes organisés : en 2006, le taux de participation à ces programmes était de 49,3 %. Il conforte et prolonge les tendances à l'augmentation observées depuis l'année 2003 (33 % en 2003, 40 % en 2004, 45 % en 2005, 49 % en 2006) - InVS : « Taux de participation au programme de dépistage organisé du cancer du sein 2005-2006 ».

Tableau XIII - Indicateurs de suivi de la loi relative à la politique de santé publique, résultats attendus et obtenus.

Indicateurs des résultats attendus	Source des données	Valeur initiale		Valeur attendue	Valeur obtenue		
Indicateurs principaux							
*** Stades au diagnostic pour le dépistage organisé du cancer du sein**	InVS	14,3 % carcinomes in situ	2002	>10 %*		13,43 % carcinomes in situ	2004
		37,1 % cancer infiltrant ≤10 mm		>20 %*		36,9 % cancer infiltrant ≤10 mm	
		73,0 % cancer invasif sans envahissement ganglionnaire (N-)		>70 %*		72,1 % cancer invasif sans envahissement ganglionnaire (N-)	
*** Taux de couverture du dépistage** (50-74 ans)	SNIIRAM			80 %	2008	64,3 %	2006
Indicateurs complémentaires							
*Taux de participation au programme organisée de dépistage	InVS	40,1 %	2004			49,3 %	2006
*Proportion de femmes de 50 à 74 ans déclarant avoir passé une mammographie de dépistage dans les 2 années précédentes							

*références européennes 2001

5.2.2 Analyse, préconisations

Le dépistage organisé du cancer du sein est en voie d'atteinte de ses objectifs en termes de couverture et de qualité. Les évolutions récentes du cahier des charges (arrêtés du 29 septembre 2006 et du 24 janvier 2008) devraient favoriser l'amélioration de la qualité et la performance de ce dépistage. Cet effort doit se poursuivre dans la durée. Ainsi l'objectif doit être maintenu dans son principe. En revanche, une couverture de 80 % semble trop ambitieuse. On pourrait proposer 70 %, ce qui correspondrait aux références internationales. Cet objectif général doit être complété par des objectifs spécifiques visant à réduire les inégalités sociales d'accès au dépistage.

Suite à la publication de plusieurs articles scientifiques, une polémique persiste concernant les bénéfices et les risques associés au dépistage systématique du cancer du sein par mammographie. Un document co-publié par l'InVS et l'INCa rappelait fin 2006 que « la grande majorité des sociétés savantes et des autorités de santé publique considère actuellement que la balance bénéfices-risques est en faveur du dépistage et recommande un dépistage systématique par mammographie des femmes de 50 à 69 ans, voire au-delà. La détection précoce des tumeurs par le dépistage reste un outil important de la lutte contre le cancer du sein. L'enjeu est de mettre en œuvre un dépistage de la meilleure qualité possible. Le processus d'assurance qualité mis en place dans le cadre du programme de dépistage organisé du cancer du sein et l'évaluation qui l'accompagne permettent de proposer un dépistage de qualité et bénéficient indirectement à tout le système de santé. Ce cadre, qui implique de nombreuses contraintes, est indispensable pour maximiser les bénéfices du dépistage tout en minimisant ses effets délétères. » (Dépistage du cancer du sein : que peut-on dire aujourd'hui des bénéfices attendus ? InVS, INCa, septembre 2006). Le bénéfice sur la mortalité du dépistage organisé a ainsi été démontré. Il serait toutefois important de pouvoir évaluer l'impact réel des dépistages organisé et individuel sur la mortalité par cancer du sein en France. Ce genre d'évaluation est très complexe sur le plan méthodologique. Le rapport collaboratif publié en 2007 doit servir de base de réflexion pour la mise en place d'une telle évaluation - « Estimation de l'impact du dépistage organisé sur la mortalité par cancer du sein - Contexte, méthodologie et faisabilité », InVS 2007.

La coexistence du double système, dépistage organisé et individuel, peut présenter des avantages (meilleurs taux de couverture, liberté de choix), mais également des inconvénients (moins de contrôle qualité, coût, inégalités sociales). La réflexion sur une meilleure articulation des deux systèmes, qui passe par une meilleure implication du médecin traitant, doit se poursuivre. Elle peut s'appuyer sur le cahier des charges 2006 et sur l'analyse des différentes expériences en cours.

5.3 Le dépistage organisé du cancer colorectal

En France, on dénombrait en 2000, 36 000 nouveaux cas et 16 000 décès dus au cancer colorectal. Chez l'homme, les cancers colorectaux représentaient 6,5 % des décès par cancer avant 64 ans et 5,2 % des années de vie perdues avant 64 ans. Chez la femme, ces chiffres étaient respectivement de 8,2 % et 6,5 %. Entre 1978 et 2000, l'incidence a augmenté et la mortalité baissé. Cette évolution pourrait être expliquée par l'amélioration des traitements, du diagnostic précoce et par l'influence du dépistage individuel : le pronostic associé au cancer colorectal est étroitement lié au stade du développement. La survie à 1 an des hommes et des femmes atteints de cancers du colon est meilleure en France que dans tous les autres pays européens. En ce qui concerne la survie à 5 ans, seules l'Autriche et l'Islande ont un taux supérieur à celui de la France. Ces résultats seraient en grande partie à mettre sur le compte d'un bon accès à la coloscopie en France permettant un diagnostic et une prise en charge sans retard. Pour la localisation rectale, la France a le meilleur taux de survie à 5 ans de tous les pays européens.

Le dépistage du cancer colorectal a fait l'objet d'un objectif de la loi relative à la politique de santé publique (53) et de deux mesures du plan cancer (24, 25).

5.3.1 Objectif 53 - Cancer colo-rectal : définir d'ici quatre ans une stratégie nationale de dépistage.

Le dépistage organisé du cancer colorectal relève à la fois de la prévention primaire (dépistage de lésions précancéreuses[9]) et secondaire (dépistage du cancer à des stades précoces). Il est préconisé chez les personnes de 50 à 74 ans, tous les deux ans, selon les recommandations de la conférence de consensus de 1998 (http://www.snfge.asso.fr/01-Bibliotheque/0C-Conferences-consensus/CC-Colon-1998/CC-Colon-1998.pdf). Ce dépistage repose sur une stratégie en deux temps : d'abord une recherche de sang occulte dans les selles est effectuée puis en cas de présence de sang, la réalisation d'une coloscopie permet de préciser le diagnostic.

Ce dépistage organisé est piloté par la DGS (Direction générale de la santé) et par l'INCa (Institut National du Cancer). Le cahier des charges commun, publié en 2006 (arrêté du 29 septembre 2006 relatif aux programmes de dépistage des cancers), prévoit une organisation par structure de gestion départementale, commune au dépistage du cancer du sein. Brièvement, ces structures de gestion invitent la population cible à se rendre chez le médecin généraliste de son choix pour se faire remettre le test. Les personnes le réalisent chez elles et l'envoient au centre de lecture qui transmet les résultats à la structure de gestion. En cas de test positif, le médecin généraliste prescrit une coloscopie.

[9] 60 à 80 % des K colorectaux se développent à partir d'une tumeur bénigne et la séquence adénome-cancer dure au moins 10 ans ; 10% des adénomes atteignent 1cm de diamètre, environ ¼ de ceux-ci deviennent des cancers.

Ce dépistage a été expérimenté dans 2 départements en 2002, puis 12 en 2003, 22 en 2004, 23 en 2005. La décision de généralisation du dépistage du cancer colorectal a été prise en mai 2005. En novembre 2007, 88 départements participaient. Il est prévu que la généralisation soit effective en juin 2008. (« Le cancer colorectal en France - Évaluation 2002 à 2004 », InVS).

L'objectif devrait ainsi être atteint.

Aucun indicateur de suivi ou de qualité n'avait été défini pour cet objectif. Toutefois, l'InVS est chargé de l'évaluation épidémiologique du dépistage et à ce titre, fournit un certain nombre d'indicateurs. Le dernier rapport disponible objective, sur des données encore préliminaires un taux de participation de 42 % (soit inférieur à l'objectif de 50 %), avec de grandes variations interdépartementales. De même, les critères de qualité restent améliorables. En particulier 14 % des personnes ayant un test positif n'avaient pas réalisé de coloscopie (la référence est <10 %) « Evaluation épidémiologique du dépistage du cancer du côlon et du rectum », InVS, mars 2007.

5.3.2 Analyse, préconisations

La généralisation du dépistage étant bientôt effective, il faudrait maintenant améliorer la couverture et s'assurer du maintien de sa qualité. On pourrait proposer de reformuler des objectifs en ce sens.

5.4 Le dépistage du cancer du col de l'utérus

En France, le nombre de nouveaux cas de cancer du col de l'utérus était de 3 400, en 2000. Une évolution favorable de l'incidence a été enregistrée entre 1978 et 2000 (- 2,9 %/an), liée à l'amélioration de l'hygiène et à la pratique du dépistage. Le risque de développer un cancer du col utérin est ainsi 5 fois inférieur pour une femme née en 1940 par rapport à une femme qui serait née en 1910. Les cancers invasifs restent cependant de moins bon pronostic que les cancers *in situ* et le nombre de décès par cancer du col utérin est de l'ordre de 1 000 par an. Le lien entre une infection persistante par un papillomavirus de type oncogène et le développement d'un cancer du col utérin est bien établi.

Réalisé tous les trois ans après deux examens normaux à un an d'intervalle chez les femmes âgées de 25 à 69 ans, le dépistage est fondé sur l'analyse du frottis cervico-utérin. Ce frottis permet de repérer et traiter des lésions précancéreuses et ainsi d'éviter l'apparition du cancer. De plus, le test VPH, test du virus précurseur des affections précancéreuses du col utérin, est inscrit à la nomenclature des actes de biologie médicale depuis le 30 décembre 2003. Son utilisation en cas de frottis incertain est remboursée depuis le 14 février 2004.
Le dépistage est individuel. Il n'existe pas de programme national de dépistage organisé du cancer du col de l'utérus en France. Depuis 1990, cinq départements, Bas-Rhin, Haut-Rhin, Doubs, Isère et Martinique ont organisé un dépistage de ce cancer, selon des modalités différentes (le Doubs a arrêté son programme en 2004).
Ce dépistage a fait l'objet d'un objectif de la loi relative à la politique de santé publique (48) et d'une mesure du Plan cancer (26).

5.4.1 Objectifs 48 : Cancer du col de l'utérus : poursuivre la baisse de l'incidence de 2,5 % par an, notamment par l'atteinte d'un taux de couverture du dépistage de 80 % pour les femmes de 25 à 69.

Les indicateurs relatifs à cet objectif figurent tableau I. La baisse de l'incidence s'est poursuivie de 2000 à 2005, à un rythme moyen de - 2.25 % annuel. L'objectif principal est donc proche d'être atteint. Il faut toutefois signaler que la mortalité, qui a fortement diminué avant 2000, s'est stabilisée entre 2000 et 2005 (figure 1).

Le taux de couverture du dépistage était selon les données de la Cnamts de 59 % en 2003-2005. Il poursuit ainsi sa progression (52 % en 1995-1997, 54 % en 1998-2000), mais reste loin des objectifs affichés (80 %). A noter qu'une évaluation épidémiologique des programmes de dépistage organisé du cancer du col de l'utérus dans 4 départements a été réalisée par l'InVS. Les taux de couverture du dépistage dans les 3 départements de France métropolitaine étaient plus élevés (de 59 % à 71 %) que dans les départements sans dépistage organisé. (Dépistage organisé du cancer du col de l'utérus - Evaluation épidémiologique des quatre départements "pilotes", InVS 2007).

Parmi les femmes âgées 25 à 65 ans interrogées dans le cadre du baromètre cancer, 81 % ont déclaré avoir eu un frottis cervico-utérin dans les 3 années précédentes (source : « Baromètre cancer », Inpes 2005). Les disparités sociales sont importantes, selon le niveau d'études, de revenu ou d'activité.

La différence observée entre les données issues des bases médico-administratives et celles issues des enquêtes déclaratives peut s'expliquer par les limites et les biais respectifs de ces deux types de source. En particulier, les enquêtes déclaratives sous-estimeraient la durée écoulée depuis le dernier frottis.

L'utilisation du test VPH : ce test du virus précurseur des affections précancéreuses du col utérin est inscrit à la nomenclature des actes de biologie médicale depuis le 30 décembre 2003. Son utilisation en cas de frottis incertain est remboursée depuis le 14 février 2004. Nous ne disposons pas, à ce jour, de données représentatives nationales fiables sur ses conditions d'utilisation.

Figure 5 - Evolution de l'incidence et de la mortalité par cancer du col de l'utérus en France de 1978 à 2000. Taux standardisé sur la population mondiale pour 100 000 personnes année (source InVS Francim 2008).

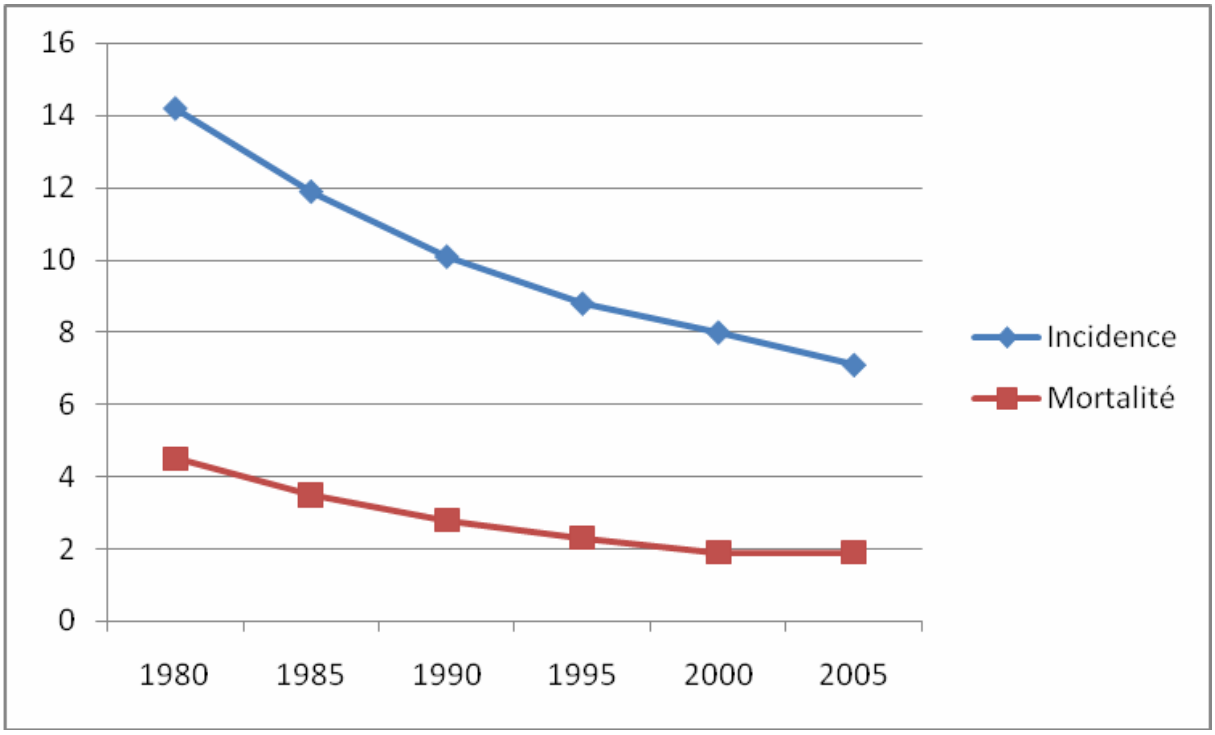


Tableau XIV- Indicateurs de suivi de la loi relative à la politique de santé publique, résultats attendus et obtenus.

Indicateurs des résultats attendus	Source des données	Valeur initiale		Valeur attendue		Valeur obtenue	
Indicateurs principaux							
Incidence du cancer du col de l'utérus. (/100 000 femmes)	InVS Francim	8	2000	- 2,5 % de réduction par an	2008	7,1 (- 2,25 % /an)	2005
Taux de couverture du dépistage par FCV (femmes de 25 à 65 ans)	EPAS (Cnamts)	53,6 % (20-69 ans)	1998-2000	80 %	2008	58,7 %	2003-2005
Taux de prescription du test VPH conformément aux bonnes pratiques		Aucune donnée représentative fiable pour l'instant					
Indicateurs approchés							
Nombre annuel de frottis réalisés en médecine libérale chez les femmes de 25 à 65 ans	Cnamts	4 546 924	2003			4 683 902	2005
Proportion de femmes de 25 à 65 ans ayant déclaré avoir eu un frottis cervico-utérin dans les 3 années précédentes	Baromètre cancer (Inpes)					81 %	2005

5.4.2 Analyse, préconisations

L'objectif 48 se doit d'être maintenu dans son principe. En revanche, la proportion de 80 % pour la couverture est probablement trop ambitieuse. Une proportion de 70 % semblerait plus réaliste. Cet objectif général doit être complété par des objectifs spécifiques visant à réduire les inégalités sociales d'accès au dépistage.

En préalable, il est indispensable pour un pilotage optimal de cet objectif d'améliorer le système d'information, permettant un suivi de l'activité de dépistage, de la qualité de cette activité, de son efficience et de ses résultats. Ce système d'information permettrait également d'évaluer l'impact de l'arrivée de la vaccination sur les pratiques et sur les caractéristiques des lésions. Il pourrait commencer par être expérimenté dans un ou plusieurs départements. Les travaux en cours dans ce domaine se doivent d'être poursuivis et soutenus.

Depuis novembre 2006, des vaccins contre les papillomavirus humains ont été mis sur le marché, ils sont remboursés depuis juillet 2007. Cependant, sachant que 30 % environ des cancers du col sont liés à des types de VPH oncogènes autres que ceux du vaccin, le dépistage des lésions précancéreuses et cancéreuses du col utérin par frottis cervico-utérin reste indispensable chez toutes les femmes, vaccinées ou non (Avis du comite technique des vaccinations et du conseil supérieur d'hygiène publique de France section des maladies transmissibles relatif à la vaccination contre les papillomavirus humains 6, 11, 16 et 18 , (dans sa séance du 9 mars 2007).

Afin d'améliorer l'efficience et la couverture du dépistage du cancer du col et de réduire les inégalités sociales d'accès à ce dépistage, nous recommandons de poursuivre et d'étendre les expérimentations actuelles du dépistage organisé, conformément au cahier des charges national (cahier des charges du dépistage organisé du cancer du col de l'utérus, groupe technique national sur le dépistage organisé du cancer du col de l'utérus, 2005). Les pistes d'amélioration proposées dans le rapport publié en septembre 2007 par l'INCa (qui s'articulent autour des cinq thématiques suivantes : le renforcement des systèmes d'informations, l'amélioration de l'accès au dépistage pour la population générale, l'homogénéisation du suivi, l'information/éducation des publics et la formation des professionnels de santé), peuvent servir de base à cette réflexion (Etat des lieux du dépistage du cancer du col utérin en France, INCa 2007).

L'implication des professionnels de santé (en particulier des médecins généralistes et gynécologues) à ces expérimentations est indispensable. La réponse aux objectifs spécifiques visant à réduire les inégalités sociales d'accès au dépistage peut nécessiter la mise en place de modalités d'actions spécifiques qui doivent également faire l'objet d'expérimentations, à l'exemple de l'étude marseillaise (Lucien Piana et al. Le dépistage organisé des cancers du col utérin pour les femmes en situation médicosociale défavorisée . Bulletin du Cancer 2007 ; 94(5) :461-7)

5.5 La détection précoce du mélanome

Le mélanome de la peau n'est pas un cancer très fréquent par rapport aux autres cancers cutanés (7 200 cas en France en 2000), mais il est grave car sa capacité à métastaser met en jeu le pronostic vital du patient. Son incidence a fortement augmenté ces dernières années : en 20 ans [1980 à 2000], le taux d'incidence standardisé du mélanome a été multiplié par 3 chez l'homme et 2,4 chez la femme. De même sa mortalité (1 364 décès en 2000) a augmenté, mais a un rythme moins soutenu. Le diagnostic précoce des mélanomes permet de réduire la mortalité liée à ce cancer. Il fait l'objet d'un objectif de la loi relative à la politique de santé publique (51) et de 2 mesures du plan cancer (27, 28).

5.5.1 Objectif 51 - Cancer de la peau-mélanome : améliorer les conditions de détection précoce du mélanome.

Les toutes dernières données disponibles, montrent que la croissance de l'incidence et de la mortalité a été interrompue entre 2000 et 2005. On observe même une baisse de l'incidence standardisée pour les femmes entre 2000 et 2005 (figure 1) (Francim 2008).

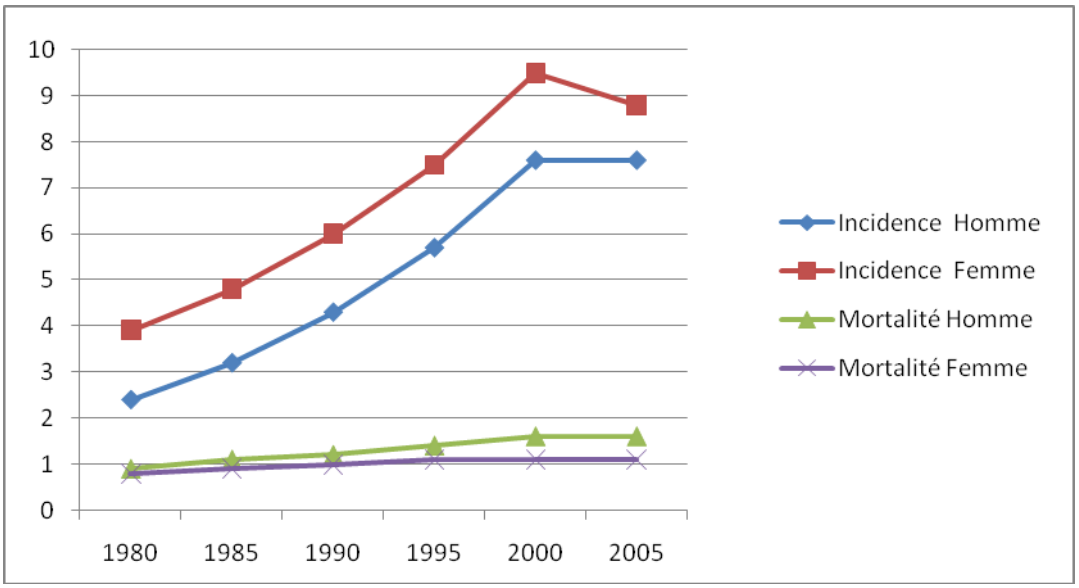
Il n'est pas possible d'évaluer l'amélioration ou non des conditions du dépistage à partir de l'indicateur qui avait été défini (tableau I). En effet, nous ne disposons pas de données récentes d'incidence du mélanome en fonction des stades de classification (les données disponibles sont fragmentaires et toutes antérieures à 2000).

A signaler que la couverture du dépistage est faible : selon les résultats d'une enquête déclarative réalisée en novembre 2005, 64 % des Français n'auraient jamais pratiqué de dépistage des cancers de la peau, 19% l'aurait pratiqué une fois et 17 % plusieurs fois. Baromètre Inca/IPSOS sur la perception des dépistages , novembre 2005). Nous ne disposons pas de données sur la couverture du dépistage chez les sujets à risque élevé.

Tableau XV- Indicateurs de suivi de la loi relative à la politique de santé publique, résultats attendus et obtenus.

Indicateurs des résultats attendus	Source des données	Valeur initiale		Valeur attendue		Valeur obtenue	
Indicateur principal							
Proportion de mélanomes dépistés à un stade précoce (Indice de Breslow)	InVS	ND				ND	

Figure 6 : Evolution de l'incidence et de la mortalité (exprimées/100 000) par mélanome de la peau en France de 1978 à 2000 (données Francim 2008, InVS).



5.5.2 Analyse, préconisations

Les dernières données disponibles semblent objectiver une stabilisation, voire une diminution de l'incidence du mélanome. Une évolution similaire est apparue dans plusieurs pays, en particulier européens. En raison de la longue période d'induction et de latence de ce cancer, on peut supposer que cette évolution puisse être attribuée à un effet à long terme des politiques de prévention initiées dans les années 1960-1980.

Cet objectif de la loi relative à la politique de santé publique avait comme objectif préalable la « connaissance de la situation actuelle » qui n'est pas atteint à ce jour, ce qui empêche toute évaluation de l'objectif principal. Le développement du système multi-sources cancer (SMSC), confié à l'InVS et qui figure dans la mesure 1 du plan cancer, devrait permettre de combler ce manque (BEH 9/10/2007).

Comme le précisent les recommandations en santé publique publiées en 2006 par la HAS : «La stratégie de diagnostic précoce repose sur quatre intervenants : le patient qui consulte son médecin pour une lésion suspecte ou parce qu'il s'identifie comme sujet à risque de mélanome ; le médecin traitant qui identifie les patients à risques ou qui identifie une lésion suspecte à l'occasion d'une consultation ; le dermatologue qui confirme ou non la suspicion diagnostique de mélanome ; le pathologiste qui confirme ou non le diagnostic de mélanome. Il convient : de valider par des études prospectives sur la population française les facteurs de risques de mélanome et d'élaborer à partir de ces données une grille d'identification des sujets à risques utilisable par l'ensemble des médecins ; de mesurer le coût de prise en charge du mélanome par stade de gravité ; de mettre en place des sessions de formation au diagnostic précoce du mélanome et à l'identification des sujets à risques de mélanome destinées aux médecins ; de sensibiliser le grand public au diagnostic précoce du mélanome. » (- Stratégie de diagnostic précoce du mélanome, HAS, octobre 2006).

Ces éléments doivent servir de base à l'élaboration des prochains objectifs.

6 Conclusions et préconisations pour l'évaluation.

6.1. Premières préconisations relatives au système d'information

Les limites constatées dans l'information disponible pour l'évaluation conduisent à formuler déjà un certain nombre de recommandations en vue de l'élaboration d'un futur plan cancer.

1. Le futur plan doit comporter des objectifs quantifiés relatifs à la santé et à ses déterminants. Ces objectifs doivent être cohérents avec la future loi de santé publique (prévue pour 2009) et tenir compte de la transversalité de certaines approches, notamment relatives à la réduction des facteurs de risque.

2. Il conviendra d'insérer, dès la conception du plan, un tableau de bord de suivi des objectifs, des indicateurs et des actions mises en œuvre, d'en préciser le pilotage et le financement.

3. Il faut progresser dans l'utilisation des statistiques sanitaires existantes, afin d'améliorer leur qualité et leur disponibilité. En particulier les données issues du système de soins peuvent s'avérer être des outils d'analyse et de décision précieux en santé publique. Le Plan cancer 2 peut être l'occasion de progresser dans le domaine de l'information de santé publique en créant un effet de levier qui bénéficiera à tous les domaines de la santé, aux responsables de la santé publique et à tous les acteurs de la recherche et des soins.

6.2. Les phases ultérieures de l'évaluation en cours

L'évaluation du plan cancer doit se poursuivre au cours de l'année 2008 sur les domaines suivants :

- évaluation des dispositions relatives à la prévention et au dépistage non incluses dans les objectifs de la loi relative à la santé publique.

- évaluation des autres volets du plan : observation de la santé, organisation des soins, accompagnement des patients, recherche, formation, Inca.

Sur l'ensemble de ces domaines, il conviendra de s'interroger sur :

- la pertinence des mesures du plan cancer vis-à-vis des besoins de santé ;
- la cohérence des mesures du plan cancer vis-à-vis des autres plans nationaux ;
- la cohérence des mesures entre elles (cohérence interne) ;
- la mise en œuvre des mesures et des actions ;
- l'efficacité et l'impact des mesures du plan cancer sur l'état de santé de la population, en y intégrant une déclinaison géographique et sociale ;
- l'efficience de l'utilisation des ressources ;
- la qualité du fonctionnement du plan, en particulier de son pilotage.

Compte tenu du champ très vaste de ces questionnements, cette évaluation devra mobiliser des acteurs de l'évaluation des politiques publiques au-delà du HCSP, en particulier :

- l'IGAS, à laquelle pourraient être confiées des missions concernant l'organisation des soins, la prévention et le dépistage en cancérologie (ce point figure d'ores et déjà dans le programme de travail 2008 de l'IGAS) ;

- l'Agence pour l'évaluation de la recherche et de l'enseignement supérieur (Aeres) ;

- les services compétents du ministère chargé de la recherche et de l'enseignement supérieur.

La dimension interministérielle de cette évaluation doit donc être affirmée.

Par ailleurs, cette évaluation d'ensemble devra prendre en compte les analyses réalisées par la Cour des comptes dans le cadre de ses rapports sur l'Inca et le Plan cancer.

Par ailleurs, le renfort logistique d'une aide à la maîtrise d'ouvrage est attendu.

7 Annexes

7.1 Lettre de mission

7.2 Liste des membres du HCSP impliqués

Objectifs (n°)	rédacteurs
Tabac (3 et 4)	Denis Caillaud
	Patrick Peretti-Watel
	Thierry Lang
Alcool (1 et 2)	Carole Baeza
	Pierre Poloméni
Nutrition (5,9,10,12)	Serge Hercberg
	Jean-François Toussaint
	Dominique Combret
Professionnel (17)	Martine Lequellec-Nathan
	Sylvie Crauste-Manciet
	Pierre Verger
Environnement (19,20,21,22)	André Aurengo
	Denis Zmirou-Navier
	Francelyne Marano
	Bruno Fouillet
	Claude Casellas
	Pierre Pothier
Dépistage col (48)	François Boué
	Hélène Fagherazzi-Pagel
	Juliette Bloch
	Martine Lequellec-Nathan
	Pascale Maisonneuve
	Nicolas Duport
	Eric Billaud
	Marie-Josée Couteau
	Marie-Hélène Bouvier-Colle
	Pierre Chauvin
	Olivier Ganry
Dépistage sein (50)	François Boué
	Hélène Fagherazzi-Pagel
	Juliette Bloch
	Martine Lequellec-Nathan
	Pascale Maisonneuve
	Rosemary Ancelle-Park (au titre de l'InVS)
	Marie-José Couteau
	Eric Billaud
	Marie-Hélène Bouvier-Colle

Dépistage mélanome (51)	François Boué
	Hélène Fagherazzi-Pagel
	Juliette Bloch
	Martine Lequellec-Nathan
	Pascale Maisonneuve
	Olivier Ganry
	Nicolas Duport
Dépistage colon (53)	Véronique de la Source
	Olivier Ganry

7.3 Mesures du Plan cancer

	Mesures du plan cancer
1	Soutenir les registres du cancer et développer le système d'épidémiologie nationale de l'Institut national de Veille Sanitaire (InVS).
2	Développer, au sein de l'InVS, les analyses épidémiologiques régionales et l'assistance aux politiques régionales de santé.
3	Mettre en place un partenariat entre l'InVS et le CIRC2, autour d'actions-programmes internationales : dispositifs de surveillance, comparaisons, veille.
4	Rendre de plus en plus difficile l'accès au tabac.
5	Faire appliquer l'interdiction de fumer dans les lieux collectifs.
6	Mettre en place des opérations "École sans tabac".
7	Faire appliquer l'interdiction de la promotion du tabac.
8	Mobiliser les associations dans la lutte contre le tabac.
9	Aider à l'arrêt du tabac par des actions volontaristes d'éducation à la santé.
10	Lutter contre le tabagisme des femmes enceintes (information dans les maternités, sensibilisation du personnel soignant, accès aux consultations de sevrage).
11	Financer des campagnes grand public et établir des "chartes de bonne conduite" avec les médias pour jeunes.
12	Utiliser l'augmentation des taxes pour financer les actions de prévention contre le cancer et de soins.
13	Mieux impliquer la santé au travail dans la prévention du cancer.
14	Améliorer le dispositif de connaissance des impacts cancérigènes des agents polluants présents dans l'environnement
15	Mettre en place un avertissement sanitaire plus lisible et plus utile aux consommateurs sur les emballages.
16	Aider à l'arrêt de la consommation excessive d'alcool.
17	Relancer une campagne d'information grand public sur les risques sanitaires liés à l'excès d'alcool.
18	Renforcer, de l'école jusqu'à l'université, les actions de prévention et d'éducation aux facteurs de risque, notamment cancérologiques.
19	Développer, dans le cadre du Programme National Nutrition Santé (PNNS), des actions de promotion de l'hygiène alimentaire.
20	Développer les actions de prévention du mélanome par des campagnes d'information sur le risque d'exposition solaire des petits enfants.
21	Respecter l'engagement de généralisation du dépistage organisé du cancer du sein d'ici fin 2008, en impliquant la médecine générale et libérale
22	Conforter l'accès aux tests de prédisposition génétique des cancers du sein (BRCA1 et 2), du cancer du colon et des maladies rares par la mise en place d'un réseau de laboratoires d'analyse qualifiés.
23	Renforcer le réseau des consultations d'oncogénétique, afin d'offrir un accès équitable à l'ensemble de la population.
24	Poursuivre les expérimentations de dépistage organisé du cancer colo-rectal dans vingt départements et les évaluer, afin de définir d'ici quatre ans une stratégie nationale.
25	Faciliter l'utilisation de l'Hémoccult.
26	Renforcer les actions en faveur du dépistage du cancer du col de l'utérus auprès des femmes à risque.

	Mesures du plan cancer
27	Développer des campagnes d'information grand public sur la détection des mélanomes.
28	Sensibiliser les professionnels au dépistage précoce (kinésithérapeutes, coiffeurs, esthéticiennes, …).
29	Assurer d'ici quatre ans la couverture de l'ensemble des régions françaises par un réseau régional du cancer coordonnant l'ensemble des acteurs de soins.
30	Assurer, au sein de chaque région, la constitution d'un pôle régional de cancérologie.
31	Faire bénéficier 100% des nouveaux patients atteints de cancer d'une concertation pluridisciplinaire autour de leur dossier. Synthétiser le parcours thérapeutique prévisionnel issu de cette concertation sous la forme d'un "programme personnalisé de soins" remis au patient.
32	Identifier des Centres de Coordination en Cancérologie (3C) dans chaque établissement traitant des patients cancéreux.
33	Faciliter la prise en charge et le suivi de proximité des patients atteints de cancer par une meilleure insertion des médecins généralistes dans les réseaux de soins en cancérologie.
34	Assurer d'ici 2007 l'existence d'un dossier communiquant au sein de chaque réseau de cancérologie.
35	Favoriser la diffusion large et surtout l'utilisation des recommandations de pratique clinique et leur accessibilité aux patients.
36	Établir des critères d'agrément pour la pratique de la cancérologie dans les établissements publics et privés
37	Améliorer la prise en charge des enfants atteints de cancer par la mise en place d'une organisation adaptée des soins.
38	Mieux adapter les modes de prise en charge et les traitements aux spécificités des personnes âgées.
39	Rendre le système de prise en charge du cancer transparent et compréhensible pour les patients en développant, au plus près des lieux de vie, les points d'information sur le cancer.
40	Permettre aux patients de bénéficier de meilleures conditions d'annonce du diagnostic de leur maladie.
41	Faciliter la chimiothérapie à domicile et plus généralement les soins à domicile.
42	Accroître les possibilités pour les patients de bénéficier de soins de support, en particulier prise en compte de la douleur et soutien psychologique et social.
43	Soutenir le développement des soins palliatifs, dont 80% de l'activité est consacrée au cancer, dans le cadre du programme national de développement des soins palliatifs.
44	Augmenter nettement le parc d'appareils de diagnostic et de suivi des cancers (IRM, scanner, TEP) avec les moyens et ressources humaines adéquats, afin de réduire les attentes à l'accès à ces dispositifs et de favoriser des diagnostics plus précoces, en particulier pour les cancers de l'enfant et les cancers à évolution rapide.

45	Rénover rapidement le parc d'appareils de radiothérapie, afin de stopper le retard pris depuis plusieurs années et de mettre à disposition des patients les techniques nouvelles, plus efficaces et moins invalidantes.
46	Rapprocher les modes de financement des médicaments et dispositifs onéreux et innovants dans le public et le privé afin de garantir une équité d'accès à ces dispositifs pour les patients.
47	Développer l'évaluation des nouvelles molécules de cancérologie, par un suivi public des études post-AMM.
48	Répondre à la surcharge actuelle des structures de soins dans le domaine de la cancérologie, en redonnant aux médecins et soignants plus de temps médical.
49	Développer l'anatomopathologie et l'hématologie biologique en favorisant l'implantation hospitalière des innovations diagnostiques validées.
50	Poursuivre le programme de soutien à la création et au renforcement des tumorothèques hospitalières à visée thérapeutique.
51	Moderniser la cotation de certains actes médicaux ou soignants, lorsqu'elle est inadaptée, afin de favoriser les meilleures pratiques.
52	Favoriser des mesures adaptées à la situation des DOM-TOM.
53	Rechercher un mécanisme de financement des soins du cancer incitatif aux meilleures pratiques, en conduisant une expérimentation pilote de tarification à la pathologie des réseaux de soins en cancérologie.
54	Améliorer l'accès des patients et de leur famille aux dispositions issues de la convention relative à l'assurance ("convention Belorgey").
55	Favoriser l'insertion professionnelle, le maintien dans l'emploi et le retour à l'emploi pour les patients atteints du cancer ou d'une autre maladie invalidante.
56	Faciliter le maintien à domicile des patients par une possibilité accrue de recours aux soins et aux aides à domicile.
57	Faciliter la présence des parents auprès de leur enfant malade par une amélioration des dispositifs d'aide existants qui ne donnent pas aujourd'hui satisfaction.
58	Associer l'assurance maladie obligatoire et les organismes complémentaires dans la mise en place d'une meilleure organisation de prise en charge de ces dispositifs.
59	Renforcer le rôle des associations de patients et des associations de parents d'enfants dans la recherche clinique.
60	Mieux reconnaître et organiser la présence des bénévoles et des associations de patients et de parents d'enfants au sein des structures de soins.
61	Réformer la formation initiale en cancérologie afin de rendre la filière plus attractive et former davantage de spécialistes compétents dans cette discipline.
62	Augmenter la capacité d'encadrement des services formateurs en cancérologie.
63	Mieux organiser la formation médicale continue en cancérologie.
64	Favoriser le développement des activités des professions paramédicales, des infirmières en particulier, dans le domaine du cancer tant dans les établissements publics et privés que dans l'exercice libéral.
65	Favoriser l'identification et la reconnaissance des nouveaux métiers de la cancérologie.
66	Les pôles régionaux de cancérologie (principalement CHU et CLCC) qui disposent d'un potentiel particulier en matière de recherche et d'innovation peuvent décider de constituer un cancéropôle, en associant éventuellement un ou plusieurs partenaires extérieurs.
67	Donner une impulsion forte à la recherche sur le cancer, au travers de la définition d'une stratégie nationale de recherche et de financements d'appui à cette stratégie.
68	Favoriser les transferts de technologie et les collaborations entre la recherche publique ou académique et la recherche privée.

69	Promouvoir progressivement la reconnaissance des cancéropôles comme centres d'excellence européens du cancer.
70	Promouvoir des projets de niveau international et encourager concrètement les collaborations, notamment européennes, là où la France ne peut avancer isolée.

7.4 Objectifs de la loi relative à la politique de santé publique portant sur la prévention et le dépistage du cancer.

Alcool :

1 Diminuer la consommation annuelle moyenne d'alcool par habitant de 20 % .

2 Réduire la prévalence de l'usage à risque ou nocif de l'alcool et prévenir l'installation de la dépendance.

Tabac :

3 Abaisser la prévalence du tabagisme (fumeurs quotidiens) de 33 à 25 % chez les hommes et de 26 à 20 % chez les femmes d'ici 2008 (en visant en particulier les jeunes et les catégories sociales à forte prévalence).

4 Réduire le tabagisme passif dans les établissements scolaires (disparition totale), les lieux de loisirs et l'environnement professionnel.

Nutrition :

5 Obésité : réduire de 20 % la prévalence du surpoids et de l'obésité (IMC>25kg/m²) chez les adultes : passer de 42 % en 2003 à 33 % en 2008 (objectif PNNS).

9 Sédentarité et inactivité physique : augmenter de 25 % la proportion de personnes, tous âges confondus, faisant par jour, l'équivalent d'au moins 30 minutes d'activité physique d'intensité modérée, au moins cinq fois par semaine : passer de 60 % pour les hommes et 40 % pour les femmes actuellement, à 75 % pour les hommes et 50 % pour les femmes d'ici à 2008.

10 Faible consommation de fruits et légumes : diminuer d'au moins 25% la prévalence des petits consommateurs de fruits et légumes ; passer d'une prévalence de l'ordre de 60% en 2000 à 45% (objectif PNNS).

12 Obésité : interrompre la croissance de la prévalence de l'obésité et du surpoids chez les enfants (objectif PNNS).

Santé et travail :

17 Réduire les effets sur la santé des travailleurs des expositions aux agents cancérogènes (cat. 1 et 2) par la diminution des niveaux d'exposition.

Santé et environnement :

19 Bâtiments publics : réduire l'exposition au radon dans tous les établissements d'enseignement et dans tous les établissements sanitaires et sociaux en dessous de 400 Bq/m3 (valeur guide de l'UE).

20 Réduire l'exposition de la population aux polluants atmosphériques : respecter les valeurs limites européennes 2010 (pour les polluants réglementés au plan européen, NOx, ozone et particules en particulier) dans les villes (- 20 % par rapport à 2002).

21 Réduire l'exposition de la population aux polluants atmosphériques : réduire les rejets atmosphériques : - 40 % pour les composés organiques volatils (dont le benzène) entre 2002 et 2010 ; réduction d'un facteur 10 pour les émissions de dioxines de l'incinération et de la métallurgie entre 1997 et 2008 ; - 50 % pour les métaux toxiques entre 2000 et 2008.

22 Qualité de l'eau : diminuer par deux d'ici 2008 le pourcentage de la population alimentée par une eau de distribution publique dont les limites de qualité ne sont pas respectées pour les paramètres microbiologiques et les pesticides.

Dépistages :

48 Cancer du col de l'utérus : poursuivre la baisse de l'incidence de 2,5% par an, notamment par l'atteinte d'un taux de couverture du dépistage de 80% pour les femmes de 25 à 69 ans et l'utilisation du test HPV.

50 Cancer du sein : réduire le pourcentage de cancers à un stade avancé parmi les cancers dépistés chez les femmes, notamment par l'atteinte d'un taux de couverture du dépistage de 80% pour les femmes de 50 à 74 ans.

51 Cancer de la peau-mélanome : améliorer les conditions de détection précoce du mélanome.

53 Cancer colo-rectal : définir d'ici quatre ans une stratégie nationale de dépistage.

7.5 Tableau de correspondance entre objectifs de la loi relative à la politique de santé publique et mesures du plan cancer.

	Objectifs de la loi relative à la politique de santé publique		Mesures correspondantes du Plan cancer
Alcool	1	Diminuer la consommation annuelle moyenne d'alcool par habitant de 20 % : passer de 10,7 l/an/hab. en 1999 à 8,5 l/an/hab. d'ici à 2008	15 - Mettre en place un avertissement sanitaire plus lisible et plus utile aux consommateurs sur les emballages.
	2	Réduire la prévalence de l'usage à risque ou nocif de l'alcool et prévenir l'installation de la dépendance	17 - Relancer une campagne d'information grand public sur les risques sanitaires liés à l'excès d'alcool.
			16 - Aider à l'arrêt de la consommation excessive d'alcool.
Tabac	3	Abaisser la prévalence du tabagisme (fumeurs quotidiens) de 33 à 25 % chez les hommes et de 26 à 20 % chez les femmes d'ici 2008 (en visant en particulier les jeunes et les catégories sociales à forte prévalence).	4 - Rendre de plus en plus difficile l'accès au tabac.
			7 - Faire appliquer l'interdiction de la promotion du tabac.
			8 - Mobiliser les associations dans la lutte contre le tabac.
			9 - Aider à l'arrêt du tabac par des actions volontaristes d'éducation à la santé.
			10 - Lutter contre le tabagisme des femmes enceintes (information dans les maternités, sensibilisation du personnel soignant, accès aux consultations de sevrage).
			11 - Financer des campagnes grand public et établir des "chartes de bonne conduite" avec les médias pour jeunes.
			12 - Utiliser l'augmentation des taxes pour financer les actions de prévention
	4	Réduire le tabagisme passif dans les établissements scolaires (disparition totale), les lieux de loisirs et l'environnement professionnel	5 - Faire appliquer l'interdiction de fumer dans les lieux collectifs. 6 - Mettre en place des opérations "École sans tabac".
Nutrition et activité physique	5	Obésité : réduire de 20 % la prévalence du surpoids et de l'obésité (IMC>25kg/m²) chez les adultes : passer de 42 % en 2003 à 33 % en 2008 (objectif PNNS).	19 - Développer, dans le cadre du Programme National Nutrition Santé (PNNS), des actions de promotion de l'hygiène alimentaire.
	9	*Sédentarité et inactivité physique* : augmenter de 25 % la proportion de personnes, tous âges confondus, faisant par jour, l'équivalent d'au moins 30 minutes d'activité physique d'intensité modérée, au moins cinq fois par semaine : passer de 60 % pour les hommes et 40 % pour les femmes actuellement, à 75 % pour les hommes et 50 % pour les femmes d'ici à 2008.	19 - Développer, dans le cadre du Programme National Nutrition Santé (PNNS), des actions de promotion de l'hygiène alimentaire.

	10	*Faible consommation de fruits et légumes:* diminuer d'au moins 25 % la prévalence des petits consommateurs de fruits et légumes ; passer d'une prévalence de l'ordre de 60 % en 2000 à 45 % (objectif PNNS).	19 - Développer, dans le cadre du Programme National Nutrition Santé (PNNS), des actions de promotion de l'hygiène alimentaire.
	12	*Obésité* : interrompre la croissance de la prévalence de l'obésité et du surpoids chez les enfants (objectif PNNS).	19 - Développer, dans le cadre du Programme National Nutrition Santé (PNNS), des actions de promotion de l'hygiène alimentaire.
Santé et travail	17	Réduire les effets sur la santé des travailleurs des expositions aux agents cancérogènes (cat. 1 et 2) par la diminution des niveaux d'exposition	13 - Mieux impliquer la santé au travail dans la prévention du cancer.
Santé et environ-nement	19	*Bâtiments publics* :réduire l'exposition au radon dans tous les établissements d'enseignement et dans tous les établissements sanitaires et sociaux en dessous de 400 Bq/m3 (valeur guide de l'UE).	14 - Améliorer le dispositif de connaissance des impacts cancérigènes des agents polluants présents dans l'environnement
	20	Réduire l'exposition de la population aux polluants atmosphériques : respecter les valeurs limites européennes 2010 (pour les polluants réglementés au plan européen, NOx, ozone et particules en particulier) dans les villes (- 20 % par rapport à 2002).	
	21	Réduire l'exposition de la population aux polluants atmosphériques : réduire les rejets atmosphériques : - 40 % pour les composés organiques volatils (dont le benzène) entre 2002 et 2010 ; réduction d'un facteur 10 pour les émissions de dioxines de l'incinération et de la métallurgie entre 1997 et 2008 ; - 50 % pour les métaux toxiques entre 2000 et 2008	
	22	*Qualité de l'eau* : diminuer par deux d'ici 2008 le pourcentage de la population alimentée par une eau de distribution publique dont les limites de qualité ne sont pas respectées en permanence pour les paramètres micro-biologiques et les pesticides.	

Tumeurs malignes	48	*Cancer du col de l'utérus* : poursuivre la baisse de l'incidence de 2,5 % par an, notamment par l'atteinte d'un taux de couverture du dépistage de 80 % pour les femmes de 25 à 69 ans et l'utilisation du test HPV	26 - Renforcer les actions en faveur du dépistage du cancer du col de l'utérus auprès des femmes à risque.
	50	*Cancer du sein* : réduire le pourcentage de cancers à un stade avancé parmi les cancers dépistés chez les femmes, notamment par l'atteinte d'un taux de couverture du dépistage de 80 % pour les femmes de 50 à 74 ans.	21 - Respecter l'engagement de généralisation du dépistage organisé du cancer du sein d'ici fin 2003, en impliquant la médecine générale et libérale.
	51	*Cancer de la peau-mélanome* : améliorer les conditions de détection précoce du mélanome.	27 - Développer des campagnes d'information grand public sur la détection des mélanomes.
			28 - Sensibiliser les professionnels au dépistage précoce (kinésithérapeutes, coiffeurs, esthéticiennes, …).
	53	*Cancer colo-rectal* : définir d'ici quatre ans une stratégie nationale de dépistage.	24 - Poursuivre les expérimentations de dépistage organisées du cancer colo-rectal dans vingt départements et les évaluer, afin de définir d'ici quatre ans une stratégie nationale.
			25 - Faciliter l'utilisation de l'Hémoccult.

7.6 Principales sources de données utilisées

- Commission d'orientation sur le cancer - Rapport 2003
  http://www.sante.gouv.fr/htm/dossiers/cancer/
- GTNDO « Analyse des connaissances disponibles sur des problèmes de santé sélectionnés, leurs déterminants, et les stratégies de santé publique. Définition d'objectifs » - Rapport 2004
  http://www.sante.gouv.fr/htm/dossiers/losp/rapport_integral.pdf

- DGS, DREES " Indicateurs de suivi de l'atteinte des 100 objectifs du rapport annexé à la loi du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique", juillet 2005 : http://lesrapports.ladocumentationfrancaise.fr/BRP/054000601/0000.pdf

- « Le Plan cancer » : http://www.e-cancer.fr/v1/fichiers/public/plancancerbase.pdf

- DREES « L'état de santé de la population en France» - Rapport 2007 http://www.sante.gouv.fr/drees/santepop2007/santepop2007.htm

- DARES « L'exposition aux risques et aux pénibilités du travail de 1994 à 2003. Premiers résultats de l'enquête Sumer 2003 », *Premières Synthèses*, n° 52-1, décembre 2004.

- Allemand H, Seradour B, Weill A, Ricordeau P : « Baisse de l'incidence des cancers du sein en 2005 et 2006 en France : un phénomène paradoxal » ; Bull Cancer 2008 ; 95 (1) : 11-5

Le tabac

- Institut de veille sanitaire, les hôpitaux de Lyon, Francim, et Institut du cancer. 21 février 2008 : « Présentation des dernières données d'incidence et de mortalité par cancer en France et des tendances des 25 dernières années (1980-2005) », http://www.invs.sante.fr/presse/2008/communiques/cancer_evolution/DPCancer21FEV08bd.pdf

- Guilbert P., Baudier F., Gautier A., Goubert A.C., Arwidson P., Janvrin M.P., 144 p. Volume 2. Résultats. Guilbert P., Baudier F., Gautier A. (sous la dir.), *« Baromètre santé 2000 »*. Vanves : INPES : 2001. Volume 1. Méthode. 480 p.

- Guilbert Ph., Gautier A. (sous la dir.). « *Baromètre santé 2005 : premiers résultats »*. Saint-Denis, INPES, *coll. Baromètres santé*, 2006, 176 p.

- Karsenty S., Mélihan-Cheinin P., Ducrot E., 2007, «L'application de la loi Évin sur le tabac dans les hôpitaux publics français en 2006», *Bulletin Épidémiologique Hebdomadaire*, InVS, n° 21, mai, p. 180-182.

- DGS : RESUM, 2006, «Étude visant à évaluer l'application de la réglementation relative à la lutte contre le tabagisme dans les établissements de santé», Rapport, septembre 2006, non publié.

- TNS Direct, 2004, «Connaissance et application de la législation de protection face au tabagisme dans les restaurants», Rapport, *Les Droits des non-fumeurs* (DNF), octobre 2004 . Site internet: www.dnf.asso.f

- Karsenty S., Díaz-Gómez C., 2007, «Le tabac dans les lycées français de 2002 à 2006», *Bulletin Épidémiologique Hebdomadaire*, InVS, n° 21, mai, p. 178-180.

- Karsenty S., Maignon G., Díaz-Gómez C., Brannellec T., 2007, «Règles et usages en matière de tabac: évolution 2002-2006 dans les lycées français » - Rapport, OFDT, 79 p.

- (DGS / CNAMTS / CFES) - 27 et 28 avril 2001 « Enquête Ipsos » *(sur 1 015 personnes, échantillon national représentatif de la population française âgée de 15 ans et plus).*

- Pr B. Dautzenberg « Indicateurs mensuels du tabagisme passif : mesure des bénéfices de l'interdiction totale de fumer » : Mission : Janvier 2008.

- OFDT « Tableau de bord mensuel des indicateurs tabac », février 2008,.

- INPES «Enquête prévalence tabac 2006».

- Plan gouvernemental de lutte contre les drogues illicites, le tabac et l'alcool 2004-2008 : http://www.drogues.gouv.fr/article4879.html

- Plan de prise en charge et de prévention des addictions, - 2007-2011 : http://www.sante.gouv.fr/htm/actu/plan_addictions_2007_2011/plan_addictions_2007_2011.pdf

L'alcool

- Programme National Nutrition Santé 2001-2005 : http://www.mangerbouger.fr/telechargements/pnns/intro/Pnns.pdf

- Plan gouvernemental de lutte contre les drogues illicites, le tabac et l'alcool 2004-2008 : http://www.drogues.gouv.fr/article4879.html

- Plan addictions - 2007-2011 : http://www.sante.gouv.fr/htm/actu/plan_addictions_2007_2011/plan_addictions_2007_2_011.pdf

- Commission for distilled spirits, World Drink Trends 2004, Henley on thames, WARC, 184 p.

- INSERM - Expertise collective , " Alcool, dommages sociaux, abus et dépendance" - 2003, 536 p.

- Got C., Weill J. (dir.), "L'alcool à chiffres ouverts, consommations et conséquence : indicateurs en France", Seli Arslan, 1997, 350 p.

- OFDT, « Drogues et dépendances : données essentielles », La Découverte, 2005 202 p.

- OFDT: http://www.ofdt.fr/

- Commissioneuropéenne:http://ec.europa.eu/health/ph_information/dissemination/echi/echi_en. htm

- Com-Ruelle L., Dourgnon P., Jusot F., Latil E., Lengagne P., 2005, « Identification et mesure des problèmes d'alcool en France : une comparaison de deux enquêtes en population générale» - *Questions d'économie de la santé*, IRDES, n° 97, Série « Méthode », 8 p

- Beck (F.), Legleye (S.), Spilka (S.), « Drogues à l'adolescence - Niveaux et contextes d'usage de cannabis, alcool, tabac et autres drogues à 17-18 ans en France". Enquête Escapad 2003, Saint-Denis, OFDT, 2004.

- Beck F., Legleye S., Spilka S. « Les drogues à 17 ans - Evolutions, contextes d'usage et prises de risque». Résultats de l'enquête nationale Escapad » 2005.

- Legleye S., Beck F., Spilka S., LE nezet O. « Drogues à l'adolescence en 2005 - Niveaux, contextes d'usage et évolutions à 17 ans en France». Résultats de la cinquième enquête nationale Escapad.

- INSERM-CépiDc.

- Laure Com-Ruelle, Paul Dourgnon, Florence Jusot, Pascale Lengagne. « Les problèmes d'alcool en France : quelles sont les populations à risque ? » *Questions d'économie de la santé*. n° 129 - Janvier 2008

- Deuxième programme national nutrition santé – 2006-2010 , septembre 2006 : http://www.sante.gouv.fr/htm/actu/pnns_060906/plan.pdf

- Plan gouvernemental de lutte contre les drogues illicites, le tabac et l'alcool -2004-2008, http://www.drogues.gouv.fr/article4879.html

- "Plan addictions - 2007-2011" : http://www.sante.gouv.fr/htm/actu/plan_addictions_2007_2011/plan_addictions_2007_2011.pdf

La nutrition

- Hill C, Doyon F. « La fréquence des cancers en France en 2005 : évolution de la mortalité depuis 1950 et résumé du rapport sur les causes de cancer ». Bull Cancer 2008 ; 95(1) :5-10
ENNS 2006.

- « Étude nationale nutrition santé - ENNS, 2006 : Situation nutritionnelle en France en 2006 selon les indicateurs d'objectif et les repères du Programme national nutrition santé (PNNS) » : http://www.urml-reunion.net/prof-sante/nutrition-sante-enns2006.pdf

- Enquête ObEpi 2003. « L'obésité et le surpoids en France". Institut Roche de l'obésité - Sofres 2003.

- .Guilbert P., Perrin-Escalon H. « Baromètre santé nutrition 2002 ». Saint-Denis : INPES, 259 p.

- InVS « Alimentation et état nutritionnel des bénéficiaires de l'aide alimentaire ». *Étude Abena, 2004-2005* - Rapport de l'étude épidémiologique, 2006. http://www.invs.sante.fr/publications/2007/abena_2007/Rapport_Abena_epidemio_2007.pdf

- INSEE 2000 - «Comptabilité nationale ».

- INSEE 2005 - «Comptabilité nationale».

- Serge Hercberg.– « Eléments de bilan du PNNS (2001-2005) et Propositions de nouvelles stratégies pour le PNNS2 (2006-2008) » - Rapport, février 2006 : http://www.academie-medecine.fr/UserFiles/File/rapports_thematiques/nutrition/Elements_de_bilan_PNNS_2001-2005_et_propositions_de_nouvelles_strat_gies_pour_le_PNNS2_par_Pr_Serge_Hercberg.pdf

- INSERM - Expertise collective « Activité physique - Contextes et effets sur la santé » - *Synthèse et recommandations*, 2008.

- « Deuxième programme national nutrition santé – 2006-2010 », septembre 2006 : http://www.sante.gouv.fr/htm/actu/pnns_060906/plan.pdf

Les cancers professionnels et environnementaux

- « Plan national santé-environnement » – 2004-2008, juin 2004: http://www.sante.gouv.fr/htm/dossiers/pnse/rapport.pdf

- « Plan de cohésion sociale » , juin 2004 : http://www.cohesionsociale.gouv.fr/pdf/plan_cohesion_sociale_20_programmes.pdf

- Ellen Imbernon. « Estimation du nombre de cas de certains cancers attribuables à des facteurs professionnels en France", InVS 2003.

- Dr Arnaudo B., Dr Magaud-Camus I., Dr Sandret N., Coutrot T., Floury M.-C., Guignon N., Hamon-Cholet S., Waltisperger D., 2004, « Les expositions aux risques professionnels par secteur d'activités - résultats 2003 », *Document d'études*, n° 89, décembre, DARES.

- Dr Arnaudo B et alii, 2004, « L'exposition aux risques et aux pénibilités du travail de 1994 à 2003 », *Premières Synthèses*, n° 52.1, décembre 2004, DARES.

- Guignon N., Dr Sandret N., 2005, « Huit produits cancérogènes parmi les plus fréquents », Premières Synthèses, Annexe au n° 28.1, juillet 2005, DARES.

- Guignon N., Dr Sandret N., 2005, « Les expositions aux produits mutagènes et reprotoxiques », Premières Synthèses, n° 32.1, août 2005 , DARES.

- ASN : « CAMPAGNE 2005 – 2006 de mesures du radon dans les lieux ouverts au public » :

http://www.asn.fr/sections/espaceprofessionnels/radioprotection_professi/radon_save/downloadFile/attachedFile_unvisible_9_f0/campagne_2005-2006-mesuresradon-LOP_fomat_pdf1.pdf?nocache=1179150411.43

- ADEME : http://www2.ademe.fr/servlet/getDoc?id=11433&m=3&cid=96

- CITEPA : http://www.citepa.org/

- VINCENT R. « Inventaire des agents chimiques CMR utilisés en France en 2005 ». PR 26. Publié dans *Hygiène et sécurité du travail*. 2006, 14 p.

Le dépistage organisé du cancer du sein

- InVS - Dépistage du cancer du sein - Rapport d'évaluation du suivi épidémiologique - Données 2001 et 2002, septembre 2005 ; « Estimation de l'impact du dépistage organisé sur la mortalité par cancer du sein - Contexte, méthodologie et faisabilité », InVS.

- DREES «L'état de santé de la population en France rapport 2007» : http://www.sante.gouv.fr/drees/santepop2007/santepop2007.htm

- Guilbert P., Baudier F., Gautier A., Goubert A.C., Arwidson P., Janvrin M.P - Volume 1. Méthode, 144 p..
  Guilbert P., Baudier F., Gautier A. (sous la dir.) Volume 2. Résultats,480 p. - *Baromètre santé 2000* Vanves - INPES, 2001.

- Guilbert Ph., Gautier A. (sous la dir.). « *Baromètre santé 2005. Premiers résultats* ». Saint-Denis, INPES, *coll. Baromètres santé,* 2006 : 176 p

- SNIIRAM - «Données médico-administratives ».

- InVS - « Taux de participation au programme de dépistage organisé du cancer du sein 2005-2006, http://www.invs.sante.fr/presse/2007/le_point_sur/depistage_cancer_sein_240507/index.html

- InVS, INCa « Dépistage du cancer du sein : Que peut-on dire aujourd'hui des bénéfices attendus ? », septembre 2006 http://www.e-cancer.fr/v1/fichiers/public/point_despistage_sein_invs_inca_201006.pdf
- InVS - «Estimation de l'impact du dépistage organisé sur la mortalité par cancer du sein - Contexte, méthodologie et faisabilité », 2007 http://www.invs.sante.fr/publications/2007/depistage_cancer_sein/depistage_cancer_se in.pdf

- **Le dépistage organisé du cancer colorectal**
  - ANAES « Prévention, dépistage et prise en charge des cancers du côlon », Conférence de consensus, janvier 1998 : http://www.hegp.bhdc.jussieu.fr/esper/doc/library/colon/kcCOLON001.pdf
  - InVS - « Le cancer colorectal en »France" - Évaluation 2002 à 2004, : http://www.invs.sante.fr/publications/2006/cancer_colorectal/cancer_colorectal.pdf
  - InVS « Evaluation épidémiologique du dépistage du cancer du côlon et du rectum », mars 2007 : http://www.invs.sante.fr/publications/2007/cancer_colon_rectum/cancer_colon_rectum.pdf

Le dépistage du cancer du col de l'utérus

- InVS - « Dépistage organisé du cancer du col de l'utérus » - Evaluation épidémiologique des quatre départements "pilotes", 2007 : http://www.invs.sante.fr/publications/2007/cancer_col_uterus%20evaluation/col_uterus.pdf
- Guilbert P., Baudier F., Gautier A., Goubert A.C., Arwidson P., Janvrin M.P - Volume 1. Méthode, 144 p..
  Guilbert P., Baudier F., Gautier A. (sous la dir.) Volume 2. Résultats,480 p. - *Baromètre santé 2000* Vanves - INPES, 2001.
- Guilbert Ph., Gautier A. (sous la dir.). « *Baromètre santé 2005. Premiers résultats* ». Saint-Denis, INPES, *coll. Baromètres santé,* 2006 : 176 p
- Institut de veille sanitaire, les hôpitaux de Lyon, Francim, et Institut du cancer. 21 février 2008 : « Présentation des dernières données d'incidence et de mortalité par cancer en France et des tendances des 25 dernières années (1980-2005) », http://www.invs.sante.fr/presse/2008/communiques/cancer_evolution/DPCancer21FEV08bd.pdf

- CNAMTS/EPAS, années 2003 et 2005 ;

- CNSHF - Comité technique des vaccinations et du conseil supérieur d'hygiène publique de France, section des maladies transmissibles : Avis relatif à la vaccination contre les papillomavirus humains 6, 11, 16 et 18 (séances du 9 mars 2007) : http://www.sfdermato.com/doc/AVIS_CNSHF_HPV.pdf

- INCa - « Etat des lieux du dépistage du cancer du col utérin en France», 2007 : http://www.e-cancer.fr/v1/fichiers/public/rapport_col_uterus_07.pdf

- Lucien Piana et al. « Le dépistage organisé des cancers du col utérin pour les femmes en situation médicosociale défavorisée ». *Bulletin du Cancer 2007* ; 94(5) : 461-7

La détection précoce du mélanome

- Institut de veille sanitaire, les hôpitaux de Lyon, Francim, et Institut du cancer. 21 février 2008 : « Présentation des dernières données d'incidence et de mortalité par cancer en France et des tendances des 25 dernières années (1980-2005) », http://www.invs.sante.fr/presse/2008/communiques/cancer_evolution/DPCancer21FEV08bd.pdf

- KLEIN, IDTALEB et al, « Les Français face au dépistage des cancers », Institut National du Cancer/Ipsos Santé, mars 2006.

- Caserio-Schonemann C. « Renforcement du dispositif de surveillance épidémiologique nationale des cancers en France : la mise en place du système multi sources cancer » (SMSC) / *Bulletin Epidémiologique Hebdomadaire* N° 9-10, 2007/03/13) -InVS. http://www.invs.sante.fr/publications/2007/annual_report_2006/chapitre_9_2006.pdf

- HAS « Stratégie de diagnostic précoce du mélanome », octobre 2006 : http://www.sfdermato.com/doc/formation/diag-prec-melanome-court.pdf

Évaluation du Plan cancer

1. Les objectifs de la loi de santé publique de 2004 relatifs à la prévention et au dépistage des cancers

En janvier 2008, la ministre en charge de la Santé a saisi le Haut Conseil de la santé publique d'une demande d'évaluation du Plan cancer 2003-2007 pour en déterminer l'impact, mesurer les avancées et dégager les orientations d'un futur plan.

Les 70 mesures du Plan cancer concernent l'observation de la santé, la prévention primaire, le dépistage, le soin et l'accompagnement des patients, la formation, la recherche et la création de l'INCa. L'évaluation de ce plan se fera en deux étapes. Une première (dont les conclusions sont présentées dans ce rapport) a consisté à évaluer l'atteinte des objectifs de la loi relative à la santé publique de 2004, portant sur la prévention et le dépistage du cancer. Ce travail préliminaire sera suivi, fin 2008, de l'évaluation de l'ensemble du Plan cancer.

Les auteurs du présent rapport observent que les informations nécessaires à l'évaluation ne sont pas toujours disponibles et que des données existantes sont peu exploitées, en particulier celles issues du système de soin. Il est cependant possible d'interpréter les grandes tendances et d'avoir des résultats globaux sur les indicateurs de santé publique.

En matière de prévention primaire, certains objectifs (treize objectifs de la loi de santé publique concernent la prévention du cancer) ont été atteints ou pourraient l'être prochainement, notamment concernant le tabagisme ou la nutrition... D'autres, en particulier dans le domaine de l'alcool, ne sont pas atteints. Tous doivent être poursuivis dans le cadre d'un deuxième plan. Enfin d'autres objectifs, bien qu'identifiés, nécessitent un renfort de données et de connaissances scientifiques, comme ceux consacrés à la surveillance des facteurs environnementaux...

La seconde partie du rapport porte sur les dépistages des cancers : deux dépistages se faisant principalement dans un cadre organisé (cancer du sein et cancer du colon) et deux individuellement (cancer du col de l'utérus et mélanome). À l'exception du dépistage du mélanome, pour lequel il manque encore des informations, les objectifs sont atteints ou en voie de l'être. Si la couverture des dépistages a progressé, en revanche, les inégalités sociales restent encore importantes.

En conclusion, les auteurs formulent un certain nombre de recommandations et d'orientations en vue de l'élaboration d'un futur Plan cancer 2, qui tiennent compte de la transversalité nécessaire de certaines approches.

Haut Conseil de la santé publique

14 avenue Duquesne
75350 Paris 07 SP
Téléphone : 01 40 56 79 80
Télécopie : 01 40 56 79 49
Site : www.hcsp.fr
Courriel : hcsp-secr-general@sante.gouv.fr
Bureaux
18 place des Cinq-Martyrs-du-Lycée-Buffon
75014 Paris
1er étage, accueil pièce 1131
Métro : Montparnasse, Pasteur, Gaîté
Bus : 88, 91

HCSP
Haut Conseil de la Santé Publique

Liberté • Égalité • Fraternité
RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

MINISTÈRE DE LA SANTÉ, DE LA JEUNESSE, DES SPORTS ET DE LA VIE ASSOCIATIVE