



Le Plan Cancer a 10 mois

Conférence de presse

***Jean-François Mattei, Ministre de la santé,
de la famille et des personnes handicapées***

Le 3 février 2004

Le Plan Cancer, annoncé par le Président de la République le 24 mars 2003, constitue un programme stratégique pour les 5 ans à venir.

Les dispositions du plan cancer sont les éléments concrets d'une politique moderne de santé publique visant à coordonner la lutte contre cette maladie sur tous les fronts.



Le Plan Cancer a 10 mois

I- La Prévention : éviter les cancers évitables

I-1	La lutte contre le tabagisme engagée sur tous les fronts	P 4
I-2	Une meilleure prise en compte des cancers professionnels	P 5
I-3	Nutrition	P 6
I-4	Autres risques et actions de promotion pour la santé	P 7
I-5	Mieux connaître pour mieux prévenir	P 8

II - Le dépistage

II-1	Multiplier les chances de guérison	P 10
II-1-a	La généralisation du dépistage organisé du cancer du sein est effective	P 10
II-1-b	L'expérimentation du dépistage du cancer colo-rectal	P 11
II-1-c	Dépistage du cancer du col de l'utérus	P 11
II-1-d	Renforcement de l'oncogénétique	P 11

III - Les soins

III-1	Assurer l'équité d'accès à des soins de qualité	P 13
III-2	Renforcement de l'accompagnement des patients	P 14
III-2-a	Quatre régions pilotes expérimentent le dossier communiquant	P 14
III-2-b	Le dispositif d'annonce est expérimenté	P 14
III-2-c	Equipements : un TEP par région en 2004	P 15
III-2-d	Le renforcement des tumorothèques	P 15
III-3	Offrir l'accès le plus large à l'innovation diagnostique et thérapeutique	P 16

IV - Le social

IV-1	Ne pas ajouter à l'épreuve de la maladie celle de l'exclusion	P 18
IV-1-a	Accélération de la Convention Belorgey	P 18
IV-1-b	Amélioration de l'information sur le cancer	P 18

V - La recherche et la formation

V-1	Coordonner pour accélérer l'innovation	P 20
V-1-a	Sept cancéropôles interrégionaux en émergence	P 20
V-1-b	Formation	P 20
V-2	L'Institut National du Cancer	P 21

VI - Annexes : la lutte contre le tabagisme en détails	P 24-44
---	----------------



La lutte contre le tabagisme engagée sur tous les fronts

La **guerre contre le tabac** s'inscrit dans la perspective de la priorité présidentielle de **mobilisation nationale contre le cancer**, qu'illustre le Plan cancer.

Le 27 mai 2003, Jean-François Mattei, Ministre de la santé, de la famille et des personnes handicapées, s'est engagé à **faire diminuer le tabagisme des jeunes de 30 % et celui des adultes de 20 %**, sur cinq ans.

Moins d'un an après, **plus de la moitié de l'objectif a été atteint puisque la prévalence du tabagisme a chuté de 12% en population générale et de 18% chez les femmes et les jeunes**, qui constituent le cœur de cible.

L'enquête INPES/IPSOS estime à 1,9 million le nombre d'arrêts récents (moins de 12 mois), soit 700 000 de plus que dans l'enquête de 1999.

Ces **résultats** sont **sans précédent** en France et à notre connaissance dans les pays industrialisés.

Pour y parvenir, le Gouvernement a fait porter son action sur tous les fronts, suivant en cela les recommandations de l'Organisation mondiale de la santé (OMS) et l'enseignement des expériences étrangères réussies.

La hausse du prix, considérée par l'OMS et la Banque mondiale comme la mesure la plus efficace pour lutter contre le tabac, est un des éléments déterminants de ce succès. C'est d'ailleurs une des motivations essentielles de l'arrêt pour les fumeurs qui se sont arrêtés en 2003.

Les différentes actions menées sont décrites de façon détaillée, en annexe de ce dossier de presse (pages 28 à 45). En 2004, l'effort portera notamment **sur le renforcement des aides à l'arrêt du tabac**, en raison des fortes demandes générées par l'offensive du gouvernement. La prévention du tabagisme passif sera également renforcée.

Si ces résultats se confirment, ce sont d'après les experts, en moyenne 80 000 vies qui seraient sauvées sur 10 ans en France.



Une meilleure prise en compte des cancers professionnels

Le renforcement de la protection des travailleurs exposés aux facteurs de risques cancérigènes, et une meilleure connaissance des cancers professionnels au sein de la population sont un objectif prioritaire du plan cancer.

Dans ce but, Jean-François Mattei et François Fillon ont signé tout récemment un accord cadre entre leurs deux ministères. Cet accord va permettre aux services du ministère de la santé et à ceux du ministère du travail de se coordonner pour améliorer rapidement et concrètement la lutte contre les cancers professionnels.

Ce contrat cadre, qui reprend les grands objectifs du plan cancer s'articule autour de quatre orientations :

- Une meilleure connaissance des risques cancérigènes en entreprise, une veille scientifique toxicologique et le renforcement des règles de protection des travailleurs exposés.
- Une meilleure détection des cancers professionnels dans l'entreprise, en étant capable d'identifier très vite des séries de cas (clusters) et en mettant en place un suivi post-professionnel des travailleurs exposés.
- Une meilleure connaissance de l'importance des cancers professionnels au sein de l'ensemble de la population(exemples : matrices emploi/exposition, données supplémentaires dans les registres de cancers, suivi de cohortes, études cas/témoins...) .
- La mise en place, dans les entreprises, d'une prévention accrue des cancers liés au tabac. En 2004, un label « entreprise sans tabac » sera créé, et permettra aux entreprises volontaires de s'engager visiblement dans la lutte contre le tabagisme.

En outre, un meilleur respect de la loi Evin sera recherché au sein des entreprises.

Ces différents sujets feront intervenir les services des ministères, ainsi que les caisses d'assurance maladie et les institutions sanitaires comme l'Agence française de sécurité sanitaire environnementale (AFSSE), l'Institut national de recherche et de sécurité (INRS), l'Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (INPES) et l'Institut de veille sanitaire (InVS).



Nutrition

Selon les experts, une alimentation équilibrée permet de réduire considérablement le risque de cancer. Le Plan cancer s'appuie pour de nombreux points sur le Programme National Nutrition Santé (PNNS), lancé sur la base de ce constat.

En complément de la diffusion du guide « La santé vient en mangeant » (déjà diffusé à plus de 1,5 millions d'exemplaires), un ouvrage de 60 pages rédigé par l'Institut National de Veille sanitaire (InVS), « Alimentation, nutrition et cancer, des hypothèses, des idées fausses » a été publié fin 2003 à 20 000 exemplaires. S'adressant de façon prioritaire aux médecins généralistes, il a notamment été diffusé par le biais de la formation continue.

Ce guide souligne le rôle protecteur des fruits et légumes et de l'exercice physique, ainsi que les risques liés au surpoids, à l'obésité et à la consommation d'alcool.

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

Au second semestre 2004, un guide destiné aux parents et une brochure pour les adolescents seront diffusés.

En complément, des campagnes de promotion de l'activité physique quotidienne sont en cours d'élaboration.

En raison de l'impact de la nutrition sur la prévention des cancers, les crédits disponibles pour le PNNS ont été abondés de 572 458 € en 2003.



Autres risques et actions de promotion pour la santé

Le développement de la prévention de risques comme **l'exposition solaire** et des actions de promotion pour la santé lancées en 2003, se poursuivra en 2004 (campagnes d'information sur les risques de cancer liés à l'exposition solaire, actions de sensibilisation à la détection du mélanome dont l'incidence est en forte augmentation).

De l'école à l'université, les actions pourront désormais s'inscrire dans le cadre du contrat cadre signé en juillet 2003 entre le ministère de la jeunesse, de l'éducation nationale et de la recherche et le ministère de la santé, de la famille et des personnes handicapées. Un certain nombre d'objectifs prioritaires sont définis par ce contrat. Parmi ceux-ci, figure en premier rang, pour l'année scolaire 2003-2004 la lutte contre le tabagisme, mais on note aussi, par exemple, la conception et la diffusion d'une mallette pédagogique sur la nutrition.

Dans le domaine de la prévention des **risques liés à l'alcool**, les objectifs suivis par l'INPES s'articulent autour de quatre axes : alerter sur les risques sanitaires d'une consommation excessive et informer sur les repères de consommation, faire évoluer les représentations masculines sur l'alcool, promouvoir l'abstinence pendant la grossesse, favoriser le dialogue entre les professionnels de santé et le patient.



Mieux connaître pour mieux prévenir

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

Pour renforcer les registres et en créer de nouveaux (Nord, Aquitaine et Limousin), l'InVS a reçu une subvention complémentaire (2 millions d'€). Des recommandations ont été formulées auprès de l'InVS, de la Fédération des Observatoires Régionaux de Santé, de l'INSERM et du CIRC pour qu'une articulation optimale soit établie entre ces opérateurs.

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



II. Le dépistage

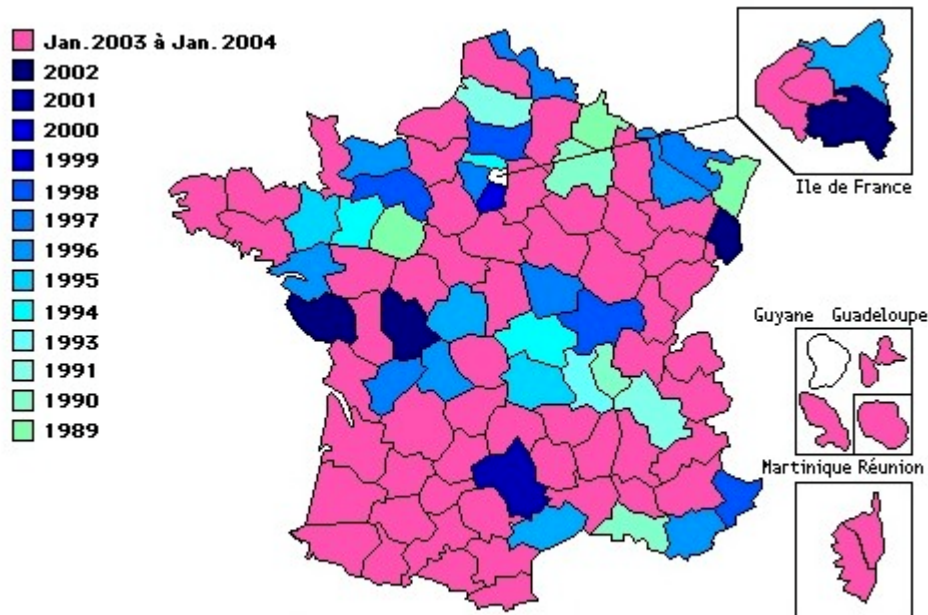
Multiplier les chances de guérison

1. La généralisation du dépistage organisé du cancer du sein est effective

La politique de **dépistage précoce du cancer du sein** prévoit que les femmes âgées de 50 à 74 ans bénéficient d'une mammographie tous les deux ans, gratuitement. Grâce à une mobilisation exceptionnelle des professionnels de santé, **tous les départements français ont mis en place le dispositif nécessaire au 1^{er} janvier 2004** (à l'exclusion de la Guyane¹.) Cette mobilisation associe l'assurance maladie, les conseils généraux, la Ligue nationale contre le cancer, ainsi que d'autres associations d'usagers (comme par exemple les comités féminins) et bien entendu les services de l'Etat. 18 millions d'euros ont été affectés par l'Etat en 2003 pour atteindre cet objectif phare du plan cancer qui participe du rééquilibrage nécessaire entre prévention/dépistage et soins.

D'ici deux ans, 7 millions de femmes auront reçues leur invitation.

Désormais, l'accent va être mis sur la nécessaire sensibilisation des femmes à se rendre au dépistage pour atteindre un taux de participation de 80%. En effet, des actions devront être entreprises pour toucher les populations qui sont en situation de précarité ou qui connaissent mal la chance que constitue l'accès à ce dépistage.



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

¹ La MILC prévoit un déplacement en Guyane en avril 2004 et souhaite que le comité national présidé par Brigitte Sérador propose un aménagement du dispositif et du cahier des charges pour assurer un meilleur accès au dépistage tout en tenant compte des spécificités de ce département.



2. L'expérimentation du dépistage du cancer colo-rectal

Le plan cancer préconise un dépistage du cancer colo-rectal chez les personnes âgées de 50 à 74 ans, tous les deux ans.

11 départements ont débuté la campagne : Haut-Rhin, Côte d'Or, Saône et Loire, Ille et Vilaine, Indre et Loire, Hérault, Nord, Charente, Bouches-du-Rhône, Isère, Essonne.

11 départements (Finistère, Allier, Ardennes, Marne, Seine-Saint-Denis, Pyrénées-Orientales, Moselle, Calvados, Orne, Mayenne, Puy de Dôme) **vont** être en mesure de **démarrer au cours du premier trimestre 2004** la formation des généralistes, les derniers problèmes organisationnels ayant été résolus. Dans le cadre de ce dépistage, le test hémocult est gratuit.

3. Dépistage du cancer du col de l'utérus

Le cancer du col de l'utérus en chiffres : **en 2000, 3300 cas, 1000 décès.**

1000 décès sont évitables puisque la détection des affections précancéreuses est possible et qu'elle permet d'éviter l'apparition même du cancer. On est donc là à proprement parler dans le domaine de la prévention.

Pour ce dépistage qui donne lieu à un nombre important, bien qu'insuffisant, de dépistages individuels, **l'objectif** du plan est que **80% des femmes entre 25 et 69 ans en bénéficient** (16 millions de femmes sont concernées).

Le dépistage est basé sur l'analyse d'un frottis et peut être complété, en cas de doute, par l'utilisation d'un test de détection du papillomavirus. L'arrêté du 30 décembre 2003 (inscription à la nomenclature de ce test) prévoit le remboursement de cet examen complémentaire à partir du 14 février 2004.

4. Renforcement de l'oncogénétique

Le plan vise un meilleur accès aux tests de prédisposition génétique des formes familiales de cancer. Depuis la fin de l'année 2002, 6,9 millions d'€ ont été affectés à 26 laboratoires qui se sont engagés à ce que plus de 12 000 tests soient effectués en 2003 et en 2004, **15.000 tests pourront être effectués couvrant ainsi la totalité des besoins de la population.**

Parallèlement, **l'offre de consultations d'oncogénétique a été doublée** (2,3 millions d'€ ont été accordés en 2003). Toutes les régions administratives, à l'exception pour l'instant de la Picardie (en accord avec la région de Haute-Normandie qui les assure) vont ainsi disposer d'au moins une consultation. La coordination entre ces actions est assurée par François Eisinger, missionné par Jean-François Mattei, ministre de la santé, de la famille et des personnes handicapées.

L'enveloppe 2004 pour l'ensemble de ces actions s'élève à 3 millions d'€. Elles vont se voir renforcées par l'adoption de l'amendement au projet de Loi de Santé Publique qui prévoit la **reconnaissance d'une spécialité de conseiller en génétique.**



III. Les soins



Assurer l'équité d'accès à des soins de qualité

Assurer l'équité d'accès à des soins de qualité est un objectif qui dépasse le seul cadre du cancer. **La coordination est la pierre angulaire de cette politique.**

1- Le fonctionnement en réseaux. En 2003, la dotation nationale des réseaux a été doublée et sera triplée en 2004 passant de 44 à 125 millions d'€. Un effort dont profiteront tout particulièrement les réseaux régionaux de cancérologie. **Les réseaux régionaux de cancérologie** vont en effet faciliter et renforcer la connexion entre la ville et l'hôpital, garantissant la continuité des soins et de l'accompagnement jusqu'à l'hospitalisation à domicile en associant tous les intervenants.

Un état des lieux précis du fonctionnement des réseaux existants a été réalisé à la fin de l'année 2003. Il servira de base à l'élaboration d'un nouveau cahier des charges.

2- Le pôle régional de référence en cancérologie assure la coordination entre les établissements hautement spécialisés en cancérologie (Centres de lutte contre le cancer ou CLCC, CHU, et établissements de même niveau de technicité et de mission) grâce à une mise en cohérence des stratégies médicales (complémentarité des équipements lourds, développement des techniques innovantes, projets de recherche ...).

3- L'organisation de la coordination du parcours thérapeutique du patient se mettra en place progressivement au sein des établissements.

Globalement, la coordination systématique des soins à l'hôpital comme en ville, public ou privé, bénéficiera d'une enveloppe de 16 millions d'€.

Hospitalisation à domicile

Les patients voient dans le traitement à domicile **un élément important pour la qualité de leur vie**. Une modification progressive des voies d'administration des médicaments cytotoxiques, et notamment l'introduction récente de chimiothérapies par voie orale, va le permettre au cours des prochaines années. L'ANAES vient de publier les règles de bonnes pratiques et les critères d'éligibilité des patients à la chimiothérapie à domicile. **L'ordonnance du 4 septembre 2003** a permis de modifier les dispositions de la planification hospitalière afin de **développer, dès maintenant, des capacités supplémentaires en hospitalisation à domicile (HAD)**. Au total, par création ou reconversion, 2000 places d'HAD doivent être disponibles d'ici à 2007 dans le cadre du Plan Cancer. Il est à noter que le développement de l'HAD est aussi l'un des axes du Plan Hôpital 2007.



Renforcement de l'accompagnement des patients

L'accompagnement des patients en **psycho-oncologie** (3 M€ en 2003), en **soins palliatifs** (10 M€ en 2003) et en **traitement de la douleur** (1 M€ en 2004 et 2005) a été renforcé. Une enquête sur les pratiques et les besoins en psycho-oncologie est en cours (mission confiée à Daniel **Serin**). **Plus de 100 postes de psycho-oncologues seront créés en 2004** dans les hôpitaux publics et les cliniques privées.

Des documents sur la prise en charge de la douleur ont été diffusés en 2003 auprès des professionnels. Le développement des soins palliatifs à domicile sera impulsé par la création de **nouveaux réseaux de soins palliatifs** et par le développement de la prise en charge de ces malades dans le cadre de l'HAD.

En ce qui concerne le **traitement de la douleur**, il est prévu de financer en 2004 la création d'une **consultation de prise en charge pluridisciplinaire de la douleur chronique rebelle** dans les 16 départements qui en sont aujourd'hui dépourvus .

1. Quatre régions pilotes expérimentent le dossier communiquant

L'organisation des soins autour du patient passe aussi par la mise en place d'un «**dossier communiquant** » permettant la transmission des données relatives à la prise en charge du patient quel que soit le lieu de traitement. Il doit être accessible aux médecins libéraux comme aux patients et se mettre en place sous la responsabilité des réseaux régionaux.

La première étape consiste à définir les caractéristiques de ce dossier, de telle sorte qu'il réponde aux besoins des différents intervenants et que ceux-ci puissent se l'approprier. Quatre régions pilotes ont été sélectionnées (Pays de Loire, Basse-Normandie, Aquitaine, Réunion).

Cette **expérimentation** sera **articulée avec celle**, plus générale, **touchant le dossier médical partagé** (mission Fieschi).

2. Le dispositif d'annonce est expérimenté

La mise en place d'un **dispositif d'annonce** du diagnostic (3 millions d'€), renouvelé en cas de rechute de la maladie et permettant la présentation d'un programme personnalisé de soins, a été une demande prioritaire des malades exprimée lors des Etats généraux du cancer. Il permet au patient qui le désire de **devenir un véritable acteur de son combat contre la maladie**.

Un cahier des charges a été réalisé, s'appuyant sur des travaux conduits par le Ministère de la santé, de la famille et des personnes handicapées et la Ligue nationale contre le cancer pendant l'été 2003. Ce dispositif s'articule autour de trois temps dont deux sont médicaux :

- L'annonce du diagnostic ;
- La proposition d'une **stratégie thérapeutique**. Elle est présentée au patient par le médecin lors de ce temps de consultation médicale. La décision thérapeutique, comprise et acceptée par le malade, est formalisée par écrit et sera remise au malade sous forme d'un programme personnalisé de soins. Il sera susceptible d'évoluer avec l'histoire de la maladie ;



- La mise à disposition d'une **équipe soignante**. La possibilité pour le malade ou ses proches d'accéder, selon leurs choix, à des soignants disponibles fait partie intégrante de ce dispositif. Cette accessibilité peut avoir lieu tout de suite après l'annonce du diagnostic ou la proposition de stratégie thérapeutique ; mais elle peut également avoir lieu de façon différée. L'infirmier et/ou le psychologue assureront un lien avec une assistance sociale, car le bilan social initial, souvent sous estimé à ce stade, s'avère important pour aider ensuite à améliorer la qualité de vie du patient.

Une **expérimentation** va être menée sur cette base en 2004, **sur quarante sites, auprès de 30.000 patients**.

3. Equipements : un TEP par région en 2004

Chaque région sera équipée d'au moins un TEP en 2004, afin de rattraper le retard de la France par rapport à la moyenne européenne. L'engagement est pris d'atteindre à terme un parc de 75 TEP. L'augmentation du parc d'imagerie concernera en premier lieu les hôpitaux ayant une activité de cancérologie et devra permettre la mise à niveau des DOM.

En 2003, 10 millions d'euros (au titre de la dotation de santé publique) ont parallèlement été affectés au financement du marqueur 18 FDG nécessaire au fonctionnement des équipements TEP.

Dans le cadre du volet « relance de l'investissement » du Plan « Hôpital 2007 », les programmes régionaux prévoient, sur la durée du plan, l'implantation de **111 accélérateurs de particules** qui viendront à la fois remplacer des appareils anciens, dont 73 « cobalts », et accroître de 38 nouveaux équipements l'offre globale améliorant ainsi la qualité des traitements proposés. Par ailleurs, **les 39 scanners et 54 IRM supplémentaires** inscrits vont également contribuer à l'amélioration des pratiques de diagnostic et réduire les délais d'attente.²

Cet effort très important s'accompagne d'une réduction des délais entre les autorisations d'équipement et la mise à disposition des appareils aux équipes médicales.

En outre, les appareils de macrobiopsie stéréo-guidée permettant de diagnostiquer et, dans certains cas, de traiter un cancer du sein de petite taille seront inscrits à la nomenclature dans les prochains jours ce qui permet de les rendre accessibles aux cliniques privées.

4. Le renforcement des tumorothèques

Pour que les structures de soins soient en mesure de conserver des échantillons tumoraux dans de bonnes conditions, un effort a été engagé depuis 2002 pour **constituer un réseau de tumorothèques**, en créant de nouveaux sites de conservation et en renforçant ceux qui existent déjà. L'objectif du plan est de **mettre en place 50 tumorothèques supplémentaires d'ici 2005** pour atteindre un potentiel d'environ 80 lieux de conservation. Le financement global atteint en 2003 a été de 3,5 millions d'€. 55 centres, dont 45 nouveaux, ont été financés. L'action sera poursuivie en 2004 (un appel d'offres est en cours prévoyant un retour des dossiers de candidatures avant le 1^{er} mars 2004).

En lien avec les cancéropôles, cette action a notamment pour but de favoriser les structures gérées en commun par les CHU, les CLCC et les établissements autres fortement impliqués dans les analyses moléculaires en cancérologie. Un effort particulier a été entrepris pour améliorer les systèmes d'information en vue d'assurer le fonctionnement en réseau des tumorothèques.

² Ces chiffres ne comprennent pas les équipements Ile-de-France hors Assistance-Publique Hôpitaux de Paris.



Offrir l'accès le plus large à l'innovation diagnostique et thérapeutique

L'accès aux dispositifs coûteux et innovants nécessite un effort financier très important. Aussi deux programmes de soutien sont-ils en cours :

- Le **programme de soutien aux innovations diagnostiques et thérapeutiques coûteuses** concerne pour les médicaments, des procédures nouvelles en radiothérapie et en chirurgie, et sur le plan du diagnostic, de nouveaux procédés d'imagerie (TEP) ou de bilan biologique.

L'ensemble des actions de soutien en faveur de la lutte contre le cancer a mobilisé :

- au titre du programme 2002, reconduit en 2003 : 8,7 millions d'€ annuels
- au titre du programme 2003, reconductible en 2004 : 3,8 millions d'€ annuels

5 projets nouveaux en cancérologie démarrent ainsi en 2004 dont 3 concernent des thérapies et 2 des méthodes de diagnostic.

- Dans le **Programme Hospitalier de Recherche Clinique (PHRC)** 2003, 52 projets sont retenus pour une durée de 3 ans et un montant de 12,7 millions d'€.

Un accès amélioré aux traitements les plus onéreux

Un des objectifs du plan cancer est d'offrir au patient les traitements les plus appropriés, quelque soit le lieu où il est pris en charge. Jusqu'à présent, cela n'était pas toujours possible, en raison des modes de financement différents entre le secteur public et le secteur privé.

Dans le cadre de la mise en place de la tarification à l'activité, un nouveau mode de financement des traitements onéreux va être mis en place, dès le début 2004, identique pour l'hôpital et la clinique. Cette mesure permettra de financer le traitement en fonction du coût réellement supporté par l'établissement, en contre partie d'un engagement à respecter des bonnes pratiques de prescription. La liste des traitements financés selon ce procédé sera diffusée **aux ARH par voie de circulaire**. Cette mesure concerne les traitements anti-cancéreux ainsi que d'autres pathologies importantes.

En 2004, 40M€ supplémentaires seront alloués au titre du financement des traitements onéreux du cancer, en sus des 50M€ déjà consacrés en 2003 pour renforcer ce poste de dépenses.



IV. Le social



Ne pas ajouter à l'épreuve de la maladie celle de l'exclusion sociale

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

1. Accélération de l'application de la convention Belorgey

Un objectif prioritaire du Plan est de favoriser l'accès des patients aux prêts bancaires (pour acheter une voiture, un logement, ou encore pour des raisons professionnelles...). Il s'agit concrètement d'appliquer de façon complète la convention Belorgey (19 septembre 2001).

Les organismes représentatifs des organismes bancaires (AFECEI et FBF) ont décidé à cet effet, en janvier 2004, en lien étroit avec la Mission cancer, de mettre en place au premier trimestre 2004 **un dispositif complet d'information grand public** sur les facilités dans le cadre de la Convention Belorgey.

Une brochure grand public, prévue pour une large diffusion, est en préparation. Cette information sera complétée par une nouvelle sensibilisation des organismes bancaires, notamment au niveau des agences bancaires, et par la conception d'affiches, destinées aux services sociaux, aux hôpitaux et aux agences bancaires.

Le portail d'information grand public des banques, qui sera ouvert début février 2004, contribuera également à cette information.

Dans le cadre de la convention, il a été décidé en 2003 d'examiner de façon systématique en « 3° niveau » (en somme d'introduire des possibilités d'appel, quitte à ce que le patient accède au prêt en payant une surprime) les dossiers des patients présentant un risque de santé très aggravé. Les demandes des patients les plus affectés par la maladie seront donc examinées dans tous les cas, un dispositif de médiation étant prévu par ailleurs.

2. Amélioration de l'information sur le cancer

«Cancer info service», numéro destiné au grand public et aux professionnels de santé, sera ouvert prochainement. Chacun, qu'il soit ou non malade, devra pouvoir y trouver l'information qui lui est nécessaire et notamment sur les dispositifs permettant de recevoir une aide au niveau social lorsque la maladie perturbe l'équilibre économique ou domestique du malade ou de son entourage.

Ce numéro permettra en outre aux patients qui en font la demande de bénéficier d'une écoute. Cet outil, dont la mise en place a été confiée à la Ligue nationale contre le cancer a bénéficié d'un financement à hauteur de 1,5 millions d'€ dès 2003.



V. La recherche et la formation



Coordonner pour accélérer l'innovation

1. Sept cancéropôles interrégionaux en émergence

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

En 2003, 7 cancéropôles en émergence – régionaux ou interrégionaux – ont été financés, pour un montant total de 16,5 millions d'€ émanant conjointement des ministères de la santé et de la recherche.

Un deuxième appel d'offre visant à financer les projets scientifiques sera lancé au premier trimestre 2004. Cet appel d'offre viendra renforcer la dynamique déjà impressionnante induite par la structuration interrégionale des cancéropôles.

2. Formation

Le nombre de postes de professeurs publiés au JO en 2003 (12 PU-PH, 7 hématologues, 5 cancérologues et 12 MCU-PH 10 en hématologie et 2 en cancérologie) par créations et redéploiements respecte les objectifs annoncés. Pour 2004, le financement des chefs de clinique, des internes et des radiophysiciens bénéficiera de 1,3 Millions d'€ complémentaires.

Concernant les **radiophysiciens**, la France doit combler **un retard important** (avec 300 professionnels actuellement, la France se situe en avant dernière position des pays européens). La transposition des directives européennes passe par l'élaboration en cours d'un arrêté relatif à la formation et aux missions des radiophysiciens. L'objectif quantitatif est **de doubler le nombre de radiophysiciens formés chaque année** -de 20 à 40-.

En complément, **la reconnaissance du métier de dosimétriste** est une autre priorité pour 2004 (mission Berlan).

Conformément à l'objectif de rééquilibrage en faveur de la prévention et du dépistage, des modules de prévention sur le tabac et l'alcool seront intégrées au tronc commun de 1^{ère} année des études de santé.

Pour répondre au problème de démographie médicale en cancérologie, la filiarisation de l'hématologie et de l'oncologie demeure l'orientation privilégiée à mettre en œuvre.



L'Institut National du Cancer

Dès 2004, le projet de loi de santé publique porte création de l'Institut National du Cancer sous forme d'un groupement d'intérêt public. L'institut bénéficiera d'un budget de lancement de 11 millions d'euros.

- **Instance fédérative**, l'Institut sera le lieu de rencontre des chercheurs, des professionnels de santé, des représentants des patients et des élus. Il assurera, en coopération avec les agences et établissements du domaine sanitaire, **la mise en cohérence et la coordination des multiples démarches à mener** en ce domaine.
- **Instance d'impulsion et de suivi des actions**, l'Institut portera un regard sur l'ensemble des domaines depuis l'épidémiologie et la surveillance des risques cancérigènes jusqu'aux réseaux et établissements de soins, en intégrant la dimension essentielle de recherche, innovation et formation. Accélérer le retour vers le patient de l'innovation thérapeutique, est l'exigence première de la démarche de l'Institut.
- **Centre d'information**, l'Institut devra être en mesure de synthétiser et donner accès à l'ensemble des données nationales et internationales.

L'Institut s'imposera ainsi comme pôle de référence en capacité d'exercer, au niveau national, une mission de conseil auprès des autorités sanitaires et d'être, au niveau international, un acteur clairement identifié de la politique de lutte contre le cancer en France.



La mise en place progressive des mesures du Plan cancer est conforme au calendrier prévu. Les engagements pris pour 2003 ont été respectés.

L'année 2004 sera riche d'actions menées sous forme d'expérimentations notamment dans le domaine de l'organisation des soins. Des évaluations seront organisées pour assurer d'ici 2007 une adaptation avant généralisation afin de répondre aux attentes des patients et des professionnels de santé.

En termes d'aménagement du territoire, les cancéropôles qui, dès 2004, seront labellisés par l'INC constituent une action particulièrement marquante.

Le recueil des données régionales permettra d'apprécier l'avancée progressive du plan sur le terrain et de dresser en mars 2004 le premier rapport annuel au Premier Ministre.



VI. Annexes



Tabac l'offensive : les résultats 2003 et les actions 2004

I- LES RESULTATS

- 1) Résultats issus de l'enquête INPES/IPSOS
- 2) Augmentation du nombre de personnes sous traitement de sevrage tabagique
- 3) Augmentation des appels à Tabac Info Service

II- LES ACTIONS 2003/2004

FICHE 1 - L'AUGMENTATION DES PRIX

- 1) Une des mesures les plus efficaces pour lutter contre le tabagisme
- 2) Courbe d'augmentation des prix
- 3) Données des douanes sur les saisies de contrebande

FICHE 2 - TABAC ET JEUNES

- 4) Une cible prioritaire
- 5) Les mesures prises en direction des jeunes
 - 2.1 Les mesures législatives
 - 2.2 Les campagnes de prévention ciblées
 - 2.3 Lycée sans tabac et contrat cadre
 - 2.4 Les actions associatives subventionnées en 2003 en milieu scolaire
- 1) Résultat : la chute de la prévalence tabagique chez les jeunes en 2003

FICHE 3 - TABAC ET FEMMES

- 1) Une cible prioritaire – état des lieux en 1999
- 2) Les mesures prises en direction des femmes
- 3) Résultats: la baisse du tabagisme chez les femmes en 2003

FICHE 4 - RENFORCEMENT DES MOYENS D'AIDE A L'ARRET DES FUMEURS



- 1) Pour les personnes désirant s'arrêter de fumer sans aide médicale
 - 1.1 Renforcement des moyens de Tabac Info Service
 - 1.2 Création d'un site Internet dédié à l'arrêt du tabac
 - 1.3 Les campagnes d'aide à l'arrêt
 - 1.4 Diffusion de guide et brochure d'aide à l'arrêt
- 2) Pour les personnes désirant s'arrêter avec l'aide d'un médecin
 - 2.1 Incitation et aide à la prise en charge d'un arrêt du tabac en pratique courante
 - 2.2 Renforcement des consultations hospitalières d'aide à l'arrêt du tabac
 - 2.3 Mobiliser les personnels des établissements de santé
- 3) Aides spécifiques à destination des publics précaires

FICHE 5 - PROTECTIONS DES NON FUMEURS

- 1) Actions confiées à la Mission interministérielle de lutte contre les drogues et la toxicomanie
- 2) Contrôle du respect de l'interdiction de fumer dans les lieux publics
- 3) Projets associatifs subventionnés en 2003

FICHE 6 - LES MOYENS ENGAGÉS DANS LA LUTTE CONTRE LE TABAC EN 2003- 2004



I. Les résultats

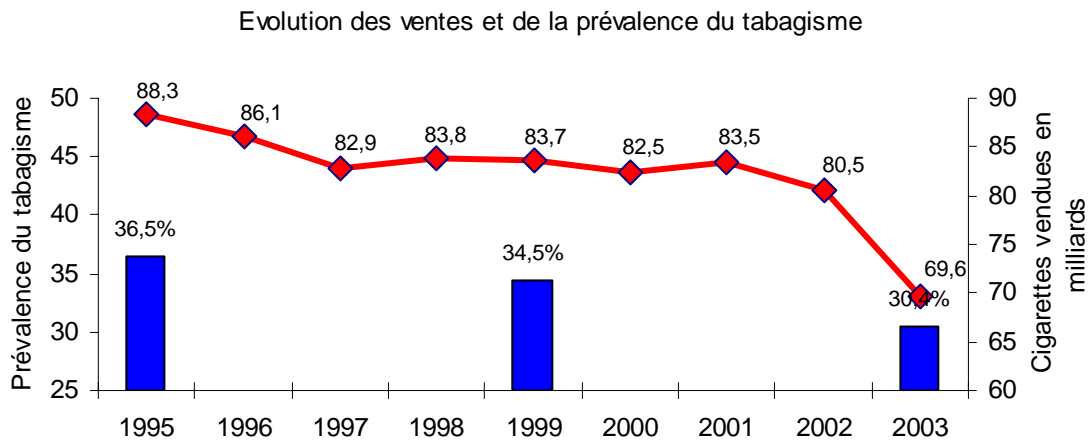


1) LES RESULTATS DE L'ENQUETE INPES/IPSOS

Forte baisse de la consommation tabagique

Entre 1999 et 2003, on compte 1,8 million de fumeurs déclarés de moins au moment de l'enquête (15,3 millions en 1999 et 13,5 millions en 2003)³. La proportion de fumeurs dans la population (prévalence) est passée de 34,5% en 1999 à 30,4% en 2003 soit une chute de 12%.

Cette baisse de la prévalence est parallèle avec la diminution constatée des ventes de cigarettes, particulièrement jusqu'à 2003 (- 13,5%).



Chez les ex-fumeurs, 14,2% déclarent s'être arrêtés dans l'année écoulée. Ils étaient seulement 9,2% en 1999 (+ 54%).

De surcroît, ceux qui continuent à fumer⁴ ont réduit significativement leur consommation : alors qu'ils fumaient 14 cigarettes en moyenne par jour en 1995, ils n'en fument plus que 11,6 en 2003.

³ Il est à noter que ces fumeurs en moins s'expliquent tant par une augmentation d'ex fumeurs (pouvant reprendre ou non) que par une augmentation de personnes n'entrant pas dans le tabagisme.

⁴ Il s'agit ici de fumeurs réguliers c'est-à-dire fumant au moins une cigarette par jour.



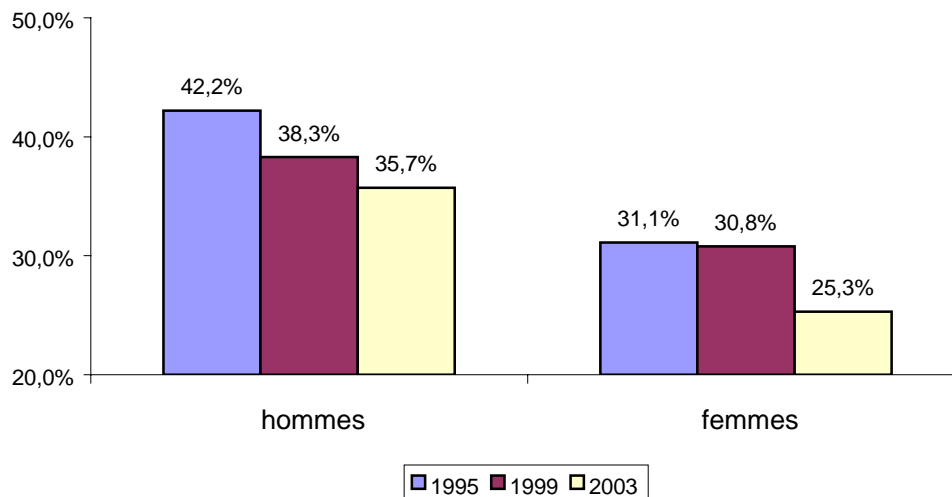
Les femmes et les jeunes sont les premiers bénéficiaires de la baisse de la consommation

Les femmes et les 15/25 ans constituent les populations les plus résistantes au phénomène de baisse. Or, ces populations sont particulièrement exposées car il existe d'une part des risques spécifiquement féminins et d'autre part une corrélation entre l'âge d'entrée dans le tabagisme et les risques encourus.

Aujourd'hui, on constate pour la première fois que ces deux populations prioritaires sont les plus concernées par la baisse de la consommation.

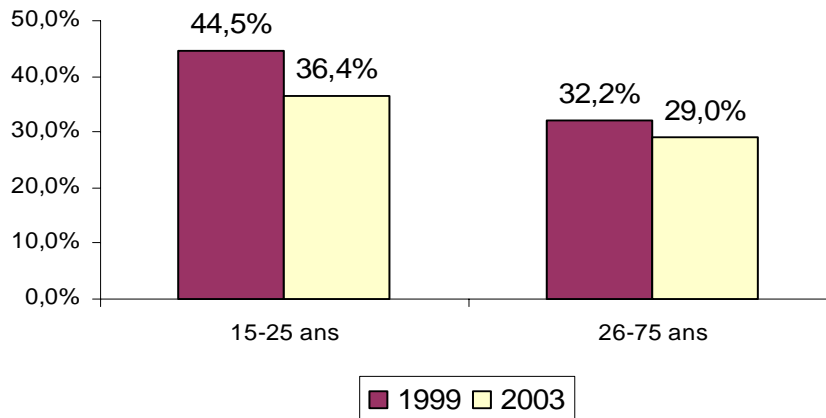
La diminution du tabagisme féminin en France atteint 18%. Elle est deux fois plus élevée que celle des hommes. (*Hommes : de 38,3% en 1999 à 35,7% en 2003 ; Femmes : 30,8% en 1999 et 25,3% en 2003*).

Evolution du pourcentage d'hommes et de femmes fumeurs



De même, **la diminution tabagique chez les 15/25 ans s'élève à 18,3%.** Elle est également deux fois plus forte que celle des 25/75 ans (*15/25 ans : 44,5% en 1999 et 36,4% en 2003 ; 25/75 ans : 32,2% en 1999 et 29,0% en 2003*).

Evolution de la prévalence tabagique selon l'âge



Une motivation à l'arrêt extrêmement forte

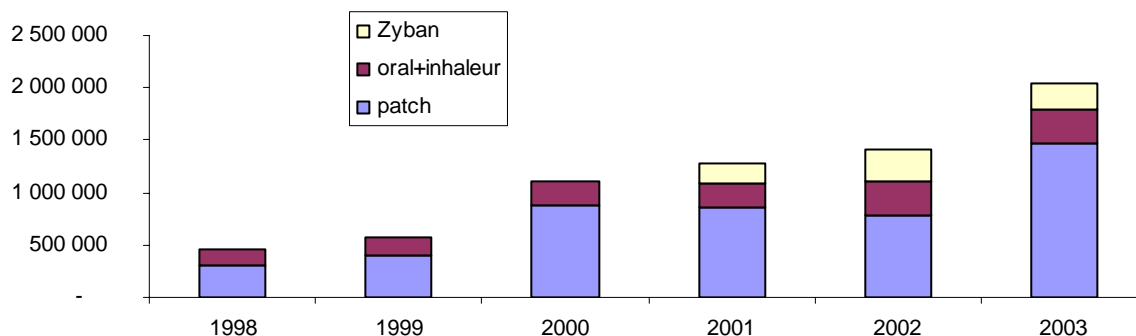
On observe un nombre croissant de fumeurs déclarant avoir envie d'arrêter de fumer (58% en 1999 ; 66% des fumeurs en 2003). Aujourd'hui, près de deux fois plus de fumeurs déclarent avoir envie d'arrêter de fumer dans le mois à venir (12% en 1999 contre 22% en 2003), or plus le délai projeté est court, plus la motivation est grande.

Enfin, **le prix devient une motivation primordiale pour arrêter de fumer** puisque il est la 2^{ème} raison invoquée (4^{ème} place en 1999), la première restant les conséquences sur la santé. Chez les fumeurs qui veulent arrêter dans le mois, 68,3 % citent le prix comme principale motivation à l'arrêt. De plus, le prix est cité par près de la moitié (46%) des fumeurs ayant arrêté depuis moins d'un an contre 11% pour ceux ayant arrêté depuis plus d'un an.

2) AUGMENTATION DU NOMBRE DE PERSONNES SOUS TRAITEMENT DE SEVRAGE TABAGIQUE

On constate l'augmentation très nette du nombre de personnes sous traitement de sevrage tabagique (+44 %), passant de 1,4 à 2 millions entre 2002 et 2003. Cette hausse a été surtout marquée au premier semestre 2003.

Nombre de personnes traitées



Source des données IMS, calcul OFT

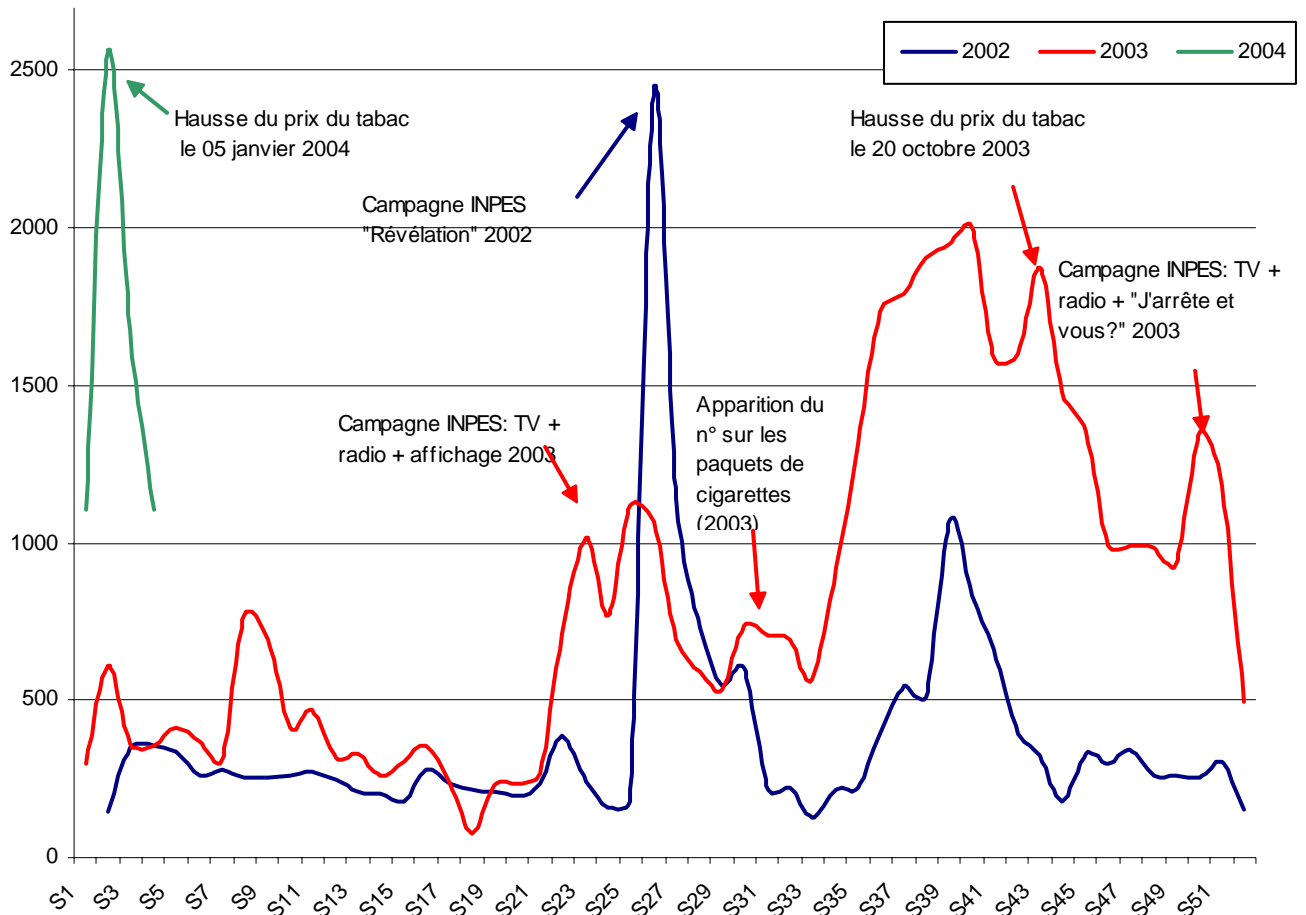


3) AUGMENTATION DES APPELS A TABAC INFO SERVICE

- Tabac Info Service a presque doublé son activité en un an : 44 000 appels reçus en 2003 contre 25 000 en 2002.
- L'effet combiné des avertissements sur les paquets de cigarettes, des campagnes de communication et des hausses du prix du tabac, permet d'enregistrer une évolution majeure de la moyenne d'appels quotidiens qui est de 142 appels en 2003 :
 - De janvier à fin août 2003 : 93 appels quotidiens en moyenne ;
 - De septembre à fin décembre 2003 : 240 appels quotidiens en moyenne.
 - Jusqu'à 8 fois plus d'appels en septembre 2003 comparé à septembre 2002, et ce, par anticipation de la hausse ;
 - 7 fois plus d'appels en octobre 2003 comparé au même mois de l'année précédente ;
 - 4 fois plus d'appels entre le 2 et le 17 janvier 2004 comparé à la même période en 2003.



Tabac Info Service - Nombre d'appels hebdomadaires en 2002, 2003 et 2004





II. Les actions 2003-2004



FICHE 1. L'AUGMENTATION DES PRIX

1) UNE DES MESURES LES PLUS EFFICACES POUR LUTTER CONTRE LE TABAGISME

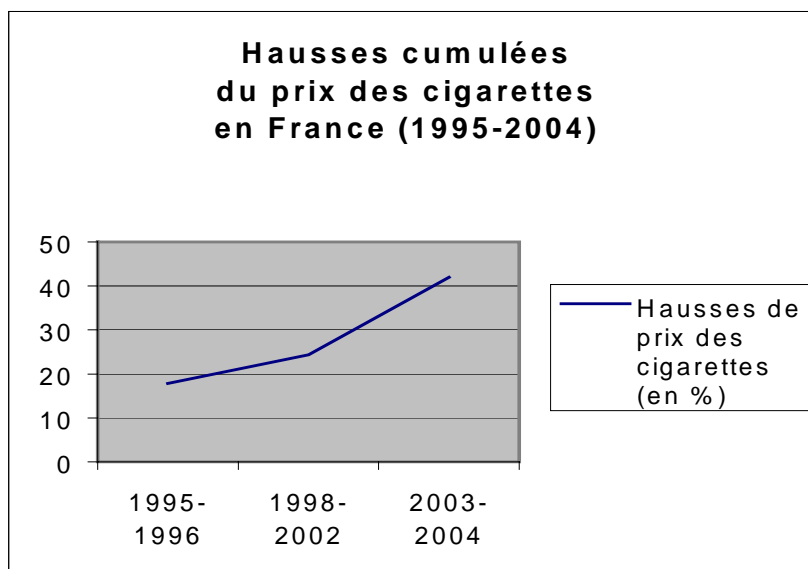
La fiscalité reste la mesure de lutte contre le tabac qui a le meilleur rapport coût-efficacité, comme l'a confirmé la Banque Mondiale⁵ et comme le montre l'histoire récente de notre pays dans ce domaine.

C'est également un des résultats importants de l'enquête réalisée par IPSOS à la demande de l'INPES.

Rappel de l'objectif du plan cancer : hausse de 50% du prix des cigarettes en cinq ans.

2) COURBE D'AUGMENTATION DES PRIX

Entre janvier 2003 et janvier 2004, le prix des cigarettes a augmenté de 42% en moyenne. Aucune politique fiscale de santé publique contre le tabac n'avait été conduite avec cette ampleur dans notre pays auparavant. Dans la période 1998-2001, les augmentations des prix des cigarettes avaient été particulièrement modérées (de 3 à 5% par an) (cf. Figure 1).



⁵ World Bank. Curbing the epidemic. June 1999



3) DONNEES DES DOUANES SUR LES SAISIES DE CONTREBANDE

Sur la période, 1999/2003 (9 premiers mois de l'année), les saisies de cigarettes de contrebande par les douanes sont restées stables à environ 200 tonnes par an⁶. Les cigarettes destinées au marché clandestin britannique constituent le plus gros de ces prises.

Progression des saisies de cigarettes en France depuis 1999

1999	2000	2001	2002	2003 ⁷
194,2 t	218,9 t	214,6 t	172,9 t	200 t

Source : Direction générale des douanes et des droits indirects, 28 janvier 2004

⁶ La diminution observée en 2002 s'explique par un mouvement social interne aux douanes

⁷ *Estimation sur les neuf premiers mois de l'année.*



FICHE 2. TABAC ET JEUNES

1) UNE CIBLE PRIORITAIRE : ETAT DES LIEUX EN 1999⁽⁸⁾

Près d'un jeune sur deux fumait à 19 ans

A 19 ans, 48,5% des filles et 45,8% des garçons fumaient.

Au global, 36,7 % des jeunes de 12 à 25 ans déclaraient fumer. Ce pourcentage était significativement supérieur à celui des 26-75 ans. Cependant, il cachait une grande disparité entre les plus jeunes et les moins jeunes de cette tranche d'âge. En effet, la prévalence tabagique passait de 8,5 % pour les 12-14 ans à 40,9 % pour les 15-19 et atteignait un maximum de 47,6 % chez les 20-25 ans.

Les très jeunes filles fumaient plus que les garçons

Les adolescentes de 12-14 ans déclaraient fumer plus fréquemment que les garçons du même âge respectivement 11,6 % des filles et 5,3 % des garçons. La tendance s'inversait pour les 20-25 ans avec une prédominance de fumeurs parmi les jeunes hommes (43,3 % des filles, 51,6 % des garçons). En outre, la prévalence tabagique des filles de 12 à 19 ans augmentait significativement entre l'enquête de 1997 et 1999 passant de 29,8 % (en 97) à 32,9 % (en 99).

Des fumeurs de plus en plus jeunes

L'expérimentation du tabac se développait chez les jeunes : en 1998, 66% des jeunes de 15 ans déclaraient avoir déjà essayé de fumer, alors qu'ils étaient 59% en 1994⁹.

En moyenne, en 1999, les fumeurs de 12 à 25 ans déclaraient avoir fumé leur première cigarette à 14 ans et demi, et avoir commencé à fumer régulièrement à 16 ans.

2) LES MESURES PRISES EN DIRECTION DES JEUNES

2.1 Les mesures législatives

La loi du 31 juillet 2003 vise à réduire le tabagisme des jeunes. Il s'agit de la première avancée législative contre le tabac depuis la loi du 10 janvier 1991.

Elle comprend les trois mesures suivantes :

- interdiction de vente de tabac aux mineurs de moins de 16 ans ;
- interdiction des « paquets-enfants » : conformément à la recommandation du Conseil de l'Union européenne du 2 décembre 2002, et à la convention-cadre de lutte contre le tabac de l'Organisation mondiale de la santé adoptée en 2003, ceci concerne la vente et la distribution de paquets de moins de dix-neuf cigarettes ;
- le papier à rouler fait l'objet d'un encadrement important : interdiction de publicité, apposition de messages sanitaires sur les emballages (prévue pour 2004), notamment. Cette mesure est cohérente avec la volonté d'endiguer l'augmentation des ventes de tabac à rouler (+3% en 2003) qui jouit d'une fiscalité avantageuse, et celle de lutter contre l'usage de cannabis pour la consommation duquel le papier constitue le support nécessaire.

⁸ INPES. Baromètre Santé 2000.

⁹ enquête HBSC



Mais 2004 sera également marquée par l'adoption du **projet de loi relatif à la politique de santé publique**. Le texte voté en première lecture au Parlement prévoit un renforcement très sensible des mesures d'application de l'interdiction de publicité pour le tabac : renforcement des sanctions (amendes à 100 000 € au lieu de 75 000 €, précision des opérations publicitaires interdites, élargissement du nombre des acteurs associatifs engagés dans la vigilance judiciaire).

La revente de tabac a été interdite dans les manifestations culturelles et sportives par le décret du 16 janvier 2004 des Ministres du budget et de la santé qui encadrent cette activité.

2.2 Les campagnes de prévention ciblées

Les campagnes menées en direction des jeunes et des jeunes filles en 2003 ont poursuivi deux objectifs :

- mettre en cause le sentiment de liberté que procure la cigarette en dénonçant les manipulations des fabricants de tabac (marketing et composition addictive du produit) ;
- dénoncer les désagréments de la cigarette (haleine, prix, etc.) ainsi que ses dangers à long terme.

Une campagne radio dénonçant les manipulations des fabricants de tabac sur le mode parodique, quatre messages radio pastichent un jeu-quizz : " Vous l'avez dans l'os ". Ils parlent crûment des dangers du tabac et de la manipulation et se concluent systématiquement par " Si vous cherchez vraiment un ennemi, il est peut-être dans votre poche ". Enfin ils renvoient pour plus d'information sur le site www.jesuismanipule.com. 2290 spots ont été diffusés du 6 au 29 octobre 2003, soit 210 millions de contacts¹⁰.

Des programmes courts pour les jeunes filles de 12 à 16 ans sur M6

Intitulés « C'est quand même mieux sans la clop' », ils abordent sur un ton ludique des thèmes adaptés aux jeunes filles : les risques immédiats pour la santé et la beauté, la séduction, la dépendance, l'illusoire sentiment de liberté et d'émancipation que les jeunes filles peuvent croire trouver dans l'acte de fumer, le coût élevé d'une consommation régulière de tabac, ...

Un partenariat avec la presse enfants

Dans le cadre de la journée mondiale sans tabac, des publi-rédactionnels ont été publiés dans trois supports : Mon quotidien, Les clés de l'actualité, Le journal des enfants.

Mobilisation des médias jeunes contre le tabac

Une charte est en cours de préparation avec les média jeunes (Okapi, Phosphore, NRJ, Sky Rock, etc...).

Sur le terrain, plus de 300 actions dans le cadre du dispositif emplois-jeunes tabac

Le dispositif de renforcement des actions de proximité en prévention du tabagisme soutenu par l'Etat, l'Assurance maladie et l'INPES, permet à 84 comités d'éducation pour la santé, dans 15 régions et 69 départements de France, de financer la mise en œuvre de plus de 300 actions.

¹⁰ Cette campagne a été évaluée de manière quantitative¹⁰ en novembre 2003. L'enquête montre la forte capacité de la campagne à convaincre les auditeurs des dangers du tabac et des manipulations de l'industrie (plus de 80% des 15-24 ans sont d'accord avec les différents items des spots). Elle a également fortement suscité l'implication de ceux l'ayant entendu : 78% des 15-24 ans se sont sentis impliqués pour eux-mêmes et enfin, cette campagne incite à l'arrêt (près de la moitié de l'échantillon déclare que cette campagne les incite à l'arrêt).



2.3 Lycées sans tabac et contrat cadre

Depuis septembre 2003, vingt-deux lycées volontaires répartis à travers la France expérimentent la prévention et le sevrage tabagique avec pour objectif de devenir des sites non-fumeurs.

En juillet 2003, le ministère de l'Education nationale et le ministère de la Santé, de la famille et des personnes handicapées ont signé un contrat-cadre portant sur toutes les dimensions de la politique de santé publique concernant les élèves : promotion des comportements favorables à la santé, éducation nutritionnelle, prévention des conduites à risques, lutte contre le tabac. Lancée dans ce cadre à la rentrée 2003-2004 et ce, pour cinq ans, l'opération expérimentale « Lycées non-fumeur » se fonde sur une démarche consensuelle, insistant sur le respect de règles communes, au-delà de la protection des non-fumeurs.

Le projet prévoit enfin une évaluation, confiée à l'OFDT et financée par l'Assurance maladie (FNPEIS) et la MILDT, qui permettra d'en apprécier les effets et de le réajuster si nécessaire dans ses moyens et ses méthodes.

2.4 Les actions associatives subventionnées en 2003 en milieu scolaire¹¹

Au plan budgétaire, l'effort du ministère de la santé, de la famille et des personnes handicapées pour la prévention auprès des jeunes est notable. Au total, 1 565 322 € ont été attribués sur appels à projets, au plan national et en régions.

Région	Intitulé du projet	Porteur
MILIEU SCOLAIRE ET UNIVERSITAIRE		
Aquitaine	"25 collèges d'Aquitaine mobilisés contre le tabac"	Réseau CRAES/CODES régional
Haute-Normandie	Les "Suricates" Projet de formation par les pairs dans le cadre de la prévention du tabagisme chez les jeunes	CRES Haute-Normandie
Pays de la Loire	"Prévention des consommations de produits pouvant induire des cancers dans les établissements scolaire du secondaire des Pays de la Loire"	CREDEPS
Rhône-Alpes	Fédération des acteurs, implication des jeunes : un projet régional de prévention du tabagisme en Rhône Alpes	CRAES-CRIPS
Languedoc-Roussillon	Libre comme L'R	CRES Languedoc-Roussillon
Bretagne	Développement de l'Education et de la Promotion de la santé en milieu scolaire autour de la prévention des conduites à risque : contribution à la prévention des cancers en Bretagne	Cres Bretagne
Champagne-Ardenne	Ecole du Souffle	CRES Champagne-Ardenne
Ile-de-France	Facultés et écoles sans tabac d'Ile de France (FESTIF)	Alliance contre le tabac en Ile de France

¹¹ Cofinancement DGS

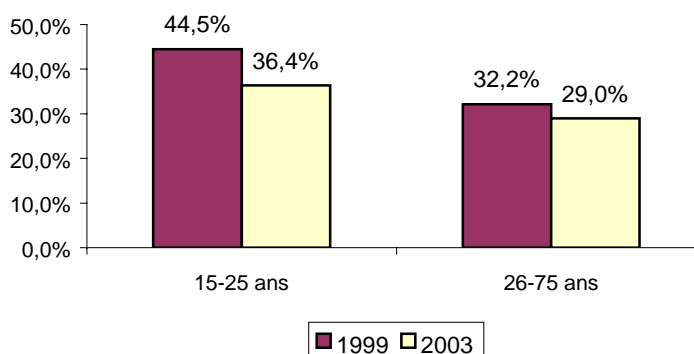


Région	Intitulé du projet	Porteur
MILIEU DU TRAVAIL ET MILIEU SCOLAIRE		
Franche-Comté	Programme franc-comtois de prévention du tabagisme	CREC Franche-Comté
Alsace	Application en concertation de la réglementation de lutte contre le tabagisme dans les universités alsaciennes	Les droits des non-fumeurs Alsace-Moselle
Alsace	Changement en matière de comportement tabagique et prévention le risque alcool par un renforcement des échanges intergénérationnels	Connaître pour agir (CPA), CIRDD Alsace, AFPRA,
Poitou-Charentes	Prévention du tabagisme en Poitou-Charentes : programme triennal de formation	CREC Poitou-Charentes
Nord-Pas-de-Calais	Vers une santé sans tabac dans le Nord Pas de Calais : les entreprises et les établissements scolaires se mobilisent...	ECLAT
Lorraine	Défi lorrain : 2 jours de liberté sans produits	CREC Lorraine
DRASS Réunion	Génération non fumeurs	CREC Réunion
Basse-Normandie	Prévention primaire des cancers par un programme régional d'éducation pour la santé.	Cores Basse-Normandie

3) RESULTAT : LA CHUTE DE LA PREVALENCE TABAGIQUE CHEZ LES JEUNES EN 2003

La diminution tabagique chez les 15/25 ans s'élève à 18,3%. Elle est deux fois plus forte que celle des 26/75 ans. *La diminution du nombre de fumeurs peut être estimée chez les 15-25 ans à 700 000, et à 1,1 million chez les 26-75 ans.*

Evolution de la prévalence tabagique selon l'âge





FICHE 3. TABAC ET FEMMES

1) UNE CIBLE PRIORITAIRE - ETAT DES LIEUX EN 1999

Augmentation de la proportion de femmes fumeuses¹²

La prévalence chez les hommes est passée de 60 % en 1974 à 42 % en 1998, mais la prévalence chez les femmes stagnait autour de 30%. La proportion de femmes dans la population des fumeurs de plus de 15 ans était donc en augmentation.

Cette tendance ne paraissait pas devoir s'inverser dans les années à venir si l'on se fondait sur la prévalence des 12/14 ans : celle-ci était en effet devenue significativement plus importante chez les filles que chez les garçons : 8,5% vs 4,1%.

Les femmes de plus en plus touchées par le cancer du poumon¹³

Le nombre de décès féminins par cancer du poumon a été quasiment multiplié par trois entre 1970 et 1998 en France (1 562 décès par cancer du poumon chez les femmes en 1970, contre 4 207 en 1998). Pour les hommes, le nombre de décès par cancer du poumon a été multiplié par deux entre 1970 et 1998).

En France, l'espérance de vie des femmes a cessé d'augmenter, et ce en raison de leur consommation de tabac¹⁴.

2) LES MESURES PRISES EN DIRECTION DES FEMMES

En 2003, la communication menée en direction des femmes sur le tabac a poursuivi deux objectifs :

- faire évoluer les représentations sociales associant la cigarette à la beauté et à la séduction
- diffuser largement de l'information sur les risques du tabac en alertant les femmes sur la progression de leur consommation.

Trois actions spécifiques ont été conduites par l'INPES en 2003 :

- Une mobilisation accrue des magazines féminins pour la lutte contre le tabac : Diffusion à 60 000 exemplaire d'un magazine hors série intitulé « Femmes sans fumée » chez les coiffeurs, les esthéticiennes, les gynécologues et les associations ;
- Une large diffusion de documents d'information sur le tabac ciblés (brochure « Femmes et tabac », brochure « Protéger votre grossesse, c'est aussi protéger votre enfant ») ont été largement diffusés par l'intermédiaire, notamment des professionnels de santé, tout au long de l'année ;
- Un partenariat avec l'agence de mannequins Elite : à l'occasion de la célébration de la journée mondiale sans tabac, trois mannequins d'Elite ont accepté d'être photographiées avec un tee-shirt sur lequel il était écrit : « Fumer nuit gravement à mon corps ».

3) BAISSÉ DE LA PREVALENCE TABAGIQUE CHEZ LES FEMMES EN 2003

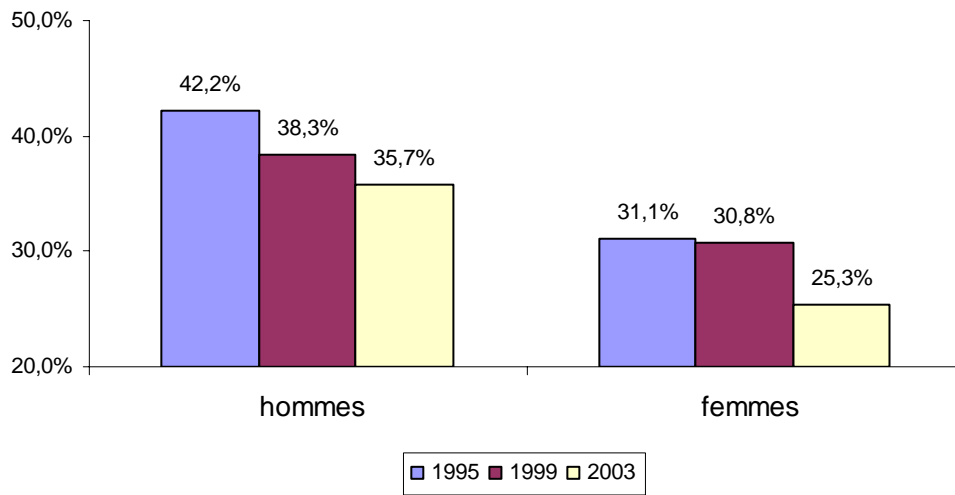
Chez les femmes, la prévalence du tabagisme qui était stable de 1995 à 1999, a chuté de 18% en 2003. On peut, ainsi, estimer une diminution de 1,25 million de fumeuses et de 550 000 fumeurs entre 1999 et 2003.

¹² INPES. Baromètre Santé 2000.

¹³ Source : Bulletin Epidémiologique hebdomadaire, 8 juillet 2003, InVS

¹⁴ Nizard A. Population, 55 (3), 2000, 503-564.

Evolution du pourcentage d'hommes et de femmes fumeurs





FICHE 4. **RENFORCEMENT DES MOYENS D'AIDE A L'ARRÊT DES FUMEURS**

Huit fumeurs sur dix qui s'arrêtent, y parviennent sans aide médicale (avec ou sans substituts nicotiques). Les consultations hospitalières de tabacologie s'adressent avant tout aux plus dépendants, soit 1 à 2% des fumeurs qui souhaitent s'arrêter¹⁵. Il s'agit, en particulier, des fumeurs ayant déjà fait plusieurs tentatives d'arrêt, des personnes qui souffrent d'une maladie liée au tabac, celles qui présentent des comorbidités psychiatriques et des populations spécifiques telles que les femmes enceintes. Le reste des arrêts, soit environ un peu moins d'un cinquième du total, sont réalisés en ville, principalement avec l'aide du médecin généraliste.

Les actions d'envergure contre le tabac en 2003 ont fortement augmenté les tentatives d'arrêts, et les demandes d'aides. Le gouvernement qui avait maintenu les efforts antérieurs, a prévu une augmentation très sensible de l'offre d'aides aux fumeurs. Les mesures prévues ont été définies en fonction des populations concernées :

1) POUR LES PERSONNES DESIRANT S'ARRÊTER SANS AIDE MEDICALE

- Actuellement, la ligne Tabac-Info-Service (TIS)¹⁶ délivre des conseils et des informations ; l'avis d'un tabacologue en ligne est disponible.
- Des cartes incitant les personnes à faire appel à TIS seront distribuées chez les médecins et les pharmaciens en même temps qu'un guide d'auto-sevrage (« j'arrête de fumer »). La diffusion se fera auprès de 90 000 professionnels de santé fin janvier.
- à partir du 6 février 2004, les appelants pourront recevoir de courts message écrits par téléphone (SMS) pour suivre et encourager les fumeurs qui se sont adressés à TIS.
- Un site Internet sera créé à la fin de l'année pour accompagner les fumeurs, son adresse sera mentionnée sur une partie des paquets de cigarettes en 2005.
- 12 millions d'exemplaires de dépliants sur le tabac et l'arrêt seront distribués par l'INPES.

2) INCITER LES MEDECINS GENERALISTES A AIDER LEUR PATIENTS

- Une ligne spécifique sera mise à disposition des médecins en janvier, pour les aider à prendre en charge leurs patients (médecins tabacologues répondants).
- Une fiche d'incitation au « conseil minimal » leur sera distribuée avec une fiche synthétique des recommandations de l'AFSSAPS sur le sevrage.

3) CONSULTATIONS SPECIALISEES

- Tous les départements disposeront en 2004 d'une consultation hospitalière de tabacologie (actuellement 8 départements en sont dépourvus) ;
- Les capacités d'accueil de ces consultations seront renforcées avec :

¹⁵ Dautzenberg B. Josseran L. Borgne A. Moreau A. Evolution de l'activité des consultations non-hospitalières de tabacologie durant la période triennale tabac 2000-2002. BEH. N° 22/2002. 28 mai 2002 : 100-101.

¹⁶ 0,15 la minute.



- L'augmentation du nombre de vacations hospitalières ;
- L'ouverture dans les grands centres hospitaliers, de consultations sans rendez-vous et collectives.

L'ensemble de cette opération représente un budget de 1 M€ pour le ministère de la santé, de la famille et des personnes handicapées en 2004. Le financement du renforcement des consultations hospitalières sera poursuivi en 2005.

Une enquête « une semaine donnée » dont les résultats seront connus fin janvier permettra de donner des chiffres précis sur la fréquentation de ces consultations et le délai d'attente.

4) MOBILISER LES PERSONNELS DES ETABLISSEMENTS DE SANTE

Pour la période 2003-2004, les trois actions auprès des personnes qui travaillent dans les établissements de santé en partenariat avec l'association Réseau hôpital santé tabac :

- L'opération « ce mois-ci j'arrête de fumer » a mobilisé dans 150 établissements de santé plus de 7000 fumeurs. A la fin de l'opération (à un mois), plus des deux tiers s'étaient arrêtés de fumer (68%). Le coût de l'opération sur les années 2003 et 2004 s'élève à 553.000€ ;
- Le « Baromètre soignants sans tabac » qui permet de suivre l'évolution du tabagisme des personnels hospitaliers a été renouvelé en 2003 pour couvrir l'ensemble des 300 établissements. Cette étude représente un coût de 40 000 euros ;
- L'application de la réglementation du tabagisme dans les établissements de santé sera améliorée pour les rendre exemplaires. Pour cela, un audit sous la forme d'un plan d'auto-évaluation des établissements de santé sera mené au second trimestre 2004 sous la forme d'un questionnaire validé au niveau européen. Il sera, également, proposé, dans le même temps à chaque établissement, un référentiel pour la rédaction d'un plan stratégique annuel afin de leur permettre de renforcer leur politique de lutte contre le tabagisme. Plus de 40 000€ sont investis pour qu'à terme l'ensemble des établissements de santé soit sans tabac.

Le décret du 16 janvier 2004 qui encadre la revente de tabac en interdit le commerce dans les établissements de santé.

5) LANCEMENT DE L'EXPERIMENTATION SUR LE REMBOURSEMENT PARTIEL DES SUBSTITUTS NICOTINIQUES.

Une expérimentation de la prise en charge partielle des substituts nicotiques sera conduite dans trois régions (Alsace, Basse-Normandie, Languedoc-Roussillon). Elle vise à mesurer l'efficacité de cette mesure tant au plan individuel en terme d'abstinence que dans son effet d'entraînement auprès des fumeurs.

6) AIDES SPECIFIQUES A DESTINATION DES POPULATIONS PRECAIRES

Des aides spécifiques sont prévues pour les personnes les plus défavorisées :

- accès à la gratuité du traitement, dont les substituts, dans les centres d'examen de santé de la CNAM-TS, pour un budget de 1,2 M € ;
- accompagnement à l'arrêt du tabac aux personnes les plus défavorisées qui fréquentent les centres de cure ambulatoire en alcoologie (CCAA) pour un budget de 537 390€ (soit l'équivalent d'une vacation par semaine ouverte pour 200 structures, sur financement de l'assurance maladie).



FICHE 5. PROTECTION DES NON FUMEURS

Experts et observateurs s'accordent pour estimer le niveau de protection des non-fumeurs insuffisant dans notre pays. L'amélioration de la prévention du tabagisme passif et du respect de la réglementation de l'usage du tabac en collectivité constitue un axe d'action prioritaire pour le gouvernement.

Le gouvernement a initié un plan de mobilisation complet afin de parvenir à l'application effective de l'interdiction de fumer dans les lieux collectifs :

1) ACTIONS CONFIEES A LA MISSION INTERMINISTERIELLE DE LUTTE CONTRE LES DROGUES ET LA TOXICOMANIE (MILDT)

Le Premier ministre a chargé la MILDT (lettre du 17 juillet 2003) de préparer un plan d'actions pour parvenir à l'application effective de l'interdiction de fumer dans les lieux collectifs. Il s'agit concrètement d'obtenir la mobilisation des différentes administrations responsables, mais aussi d'entamer une concertation avec tous les acteurs concernés (entreprises, syndicats...).

2) CONTROLE DU RESPECT DE L'INTERDICTION DU FUMER DANS LES LIEUX PUBLICS

- le **projet de loi relative à la politique de santé publique** a fortement augmenté les moyens de contrôle de la réglementation lors de son examen en 1^{ère} lecture au Parlement :
 - compétence des médecins inspecteurs de santé publique, des ingénieurs du génie sanitaire mais aussi des inspecteurs du travail pour rechercher et constater le non-respect des mesures de protection des non-fumeurs ;
 - élargissement aux associations familiales et de consommateurs du droit d'ester en justice, réservé jusqu'alors aux seules associations spécialisées dans la lutte contre le tabac ;
- le ministère de la santé, de la famille et des personnes handicapées va mobiliser ses services déconcentrés en 2004 dans le cadre d'un **programme d'inspection sur les établissements de restauration** (cafés, bars, débits de boissons, restaurants), et tous les départements seront visés ;
- les aides aux associations qui agissent dans ce champ ont été accrues avec notamment l'équivalent de **2 080 581 €** (y compris 200 000 € de la Mildt) **pour le financement d'actions d'application de la réglementation.**



3) PROJETS ASSOCIATIFS SUBVENTIONNES EN 2003

Crédits du ministère de la santé pour le renforcement de la protection des non-fumeurs en 2003

Nom de la structure	Nom du projet	Thème du projet	Montant
<i>Appel à projets DGS</i>			
DNF	Entreprise sans tabac	Milieu de travail	212 000
DNF	Les restaurants luttent contre le cancer	Restaurants/Lieux Publics	104 100
CNCT	Lieux publics/Lieux de travail sans tabac	Milieu de travail	260 000
<i>Subventions de fonctionnement DGS</i>		Conseil et assistance aux non-fumeurs	
CNCT			148 548
DNF			107 623
AAVT			76 000
<i>Subvention sur projet DGS</i>			
OFT	Observatoire des interventions en entreprises	Milieu de travail	75 000
<i>Appel à projets INPES-DGS</i>			
CESEL (centre)		Milieu de travail	76 171
AIRTBN (Basse-Normandie)	Entreprise sans tabac	Milieu de travail	71 000
CODES 23 - DMRT 23	entreprise sans fumée mais pas sans fumeurs	Milieu de travail	10 553
CRESIF (IdF)		Milieu de travail	244 000
CORES (Bourgogne)		Milieu de travail	111 505
ISTNF (Nord-Pas-de-Calais)		Milieu de travail	45 000
ARAMIE (Picardie)	entreprises de Picardie sans tabac		205 781
DNF Alsace-Moselle		application de la réglementation dans universités	133 300
Total			1 880 581



FICHE 6. LES MOYENS ENGAGÉS DANS LA LUTTE CONTRE LE TABAC EN 2003-2004

L'aide publique consacrée à la lutte contre le tabac a été multipliée par plus de 15. En 2003, les pouvoirs publics ont très fortement augmenté leur effort financier pour la lutte contre le tabac.

Ainsi, l'enveloppe globale (DGS INPES, Mildt, Assurance Maladie) a quasiment doublé par rapport à 2002.

L'effort budgétaire a principalement porté sur le renforcement des associations, tant à l'échelle nationale qu'en région.

Ainsi, la DGS a octroyé 2 M€ dans le cadre d'un appel à projets visant le financement dans les domaines suivants : des modalités si possible innovantes de débanalisation et d'information, notamment auprès des jeunes et en milieu du travail ; le respect de la réglementation de la lutte contre le tabac (observation, conseil, action en justice...) ; la formation et la sensibilisation des différents intervenants (animateurs d'associations, acteurs de prévention, etc.) ; l'organisation en coalition ou la coopération européenne et internationale (travail en réseaux, professionnalisation,...) (cf. tableau).

Dans le cadre d'un appel à projets lancé par l'INPES et cofinancé par la DGS, plus de 3,5 M€ ont été attribués à 24 projets dans 15 régions.

Augmentation des crédits publics pour la lutte contre le tabac (2002-2004) :

- 2002 : 13 055 675 M€
- 2003 : 25 780 716 M€
- 2004 : 29 988 306 M€