

Présentation du Plan Cancer III

Mesdames les ministres,

Madame la présidente de l'Institut national contre le cancer,

Mesdames, Messieurs les Directeurs d'organismes,

Mesdames, Messieurs,

La lutte contre le cancer est l'une des grandes causes qui fédère, qui rassemble, au-delà des sensibilités, des clivages, des alternances. Et comment pourrait-il en être autrement ? Chaque année, 150 000 personnes meurent du cancer, 350 000 apprennent qu'elles en sont atteintes. Cinq millions de familles en France sont concernées, ou l'ont été, par la maladie. Et le cancer reste encore la première cause de mortalité.

Derrière la sécheresse de ces chiffres, l'anonymat de ces statistiques, ce sont des vies qui tout à coup basculent, la nôtre peut-être un jour, celle d'un parent, d'un ami, d'un proche, et c'est pourquoi la lutte contre le cancer est une réalité désormais vécue par tous. C'est donc assez légitimement qu'elle est devenue aussi, depuis une décennie, une politique partagée par tous.

Et l'illustration qui peut en être donnée, c'est justement le Plan Cancer. Le premier de ces plans, en



2003, a posé les fondations d'une politique globale, en créant l'INCa. Je veux ici saluer sa présidente, Agnès BUZYN, et au-delà d'elle, toutes les équipes qui se sont succédées depuis la création de l'institut. Ce plan, le premier, a généralisé le dépistage de deux cancers. Il a déjà alerté sur le risque du tabac et il a donné une impulsion à la recherche. Le deuxième plan, en 2009, a intégré les critères de qualité dans la certification des établissements. Il a soutenu les innovations et développé les essais thérapeutiques.

Il a été décidé de créer un troisième plan. C'est celui dont nous allons aujourd'hui, non pas débattre des conclusions, mais présenter les orientations. Le mérite de ces travaux, de ces plans successifs, a été de créer une communauté - la vôtre -, de professionnels, de militants, de bénévoles, réunie autour des malades et de leurs proches et qui oeuvre chaque jour pour apaiser les souffrances, les douleurs, et guérir.

Je remercie ici toute cette communauté, et plus particulièrement la Ligue contre le cancer et la Fondation ARC, pour le travail remarquable que ces associations accomplissent. Après dix ans d'efforts, les résultats sont là. Grâce à la recherche, grâce à la médecine, la preuve a été faite qu'il était possible de guérir du cancer, puisque désormais, c'est le cas d'un malade sur deux, et c'est un facteur considérable d'espoir. Mais ces progrès, incontestables, ne doivent pas dissimuler la dure réalité : le nombre des personnes atteintes de cancers continue d'augmenter et les inégalités entre les Français s'aggravent. Ainsi le risque de mourir d'un cancer entre 30 et 65 ans est deux fois plus élevé chez les ouvriers que chez les cadres.

Ces inégalités concernent aussi bien le dépistage, l'accès aux traitements, la vie pendant et après le cancer et l'exposition aux risques. Ces inégalités sont sociales, elles sont générationnelles, elles



sont aussi territoriales. C'est pourquoi ce troisième plan sur la lutte contre le cancer s'est fixé comme objectif et comme ambition de donner les mêmes chances à tous, partout en France, pour guérir du cancer.

Je veux remercier le professeur Jean-Paul VERNANT, qui a coordonné la préparation de ce plan, et toutes les équipes qui l'ont entouré. La présentation aujourd'hui de ce plan nous engage, engage les pouvoirs publics, engage tous les acteurs de l'action contre le cancer.

Le premier objectif que nous nous fixons, c'est de guérir plus de malades.

Tout commence par le dépistage. Il concerne aujourd'hui, le cancer du sein et le cancer colorectal. Mais les campagnes qui ont été lancées ces dernières années peinent à toucher celles et ceux qui sont les plus vulnérables. Moins des deux tiers des femmes se font dépister du cancer du sein. Et cette proportion tombe en dessous du tiers des personnes concernées pour le cancer colorectal. Cette situation accroît les inégalités et la corriger sera une priorité du troisième Plan Cancer en lui donnant une nouvelle dimension. Ainsi nous aiderons les plus modestes à accéder au dépistage et aux examens complémentaires qui le suivent en leur assurant une prise en charge complète sans avance de frais.

De la même manière, un suivi spécifique pour les personnes ayant des antécédents personnels ou familiaux de cancers sera mis en place.

Le cancer du col de l'utérus fera également - et c'est l'une des annonces du Plan Cancer - l'objet d'un dépistage systématique. Ce cancer atteint aujourd'hui 3 000 femmes et provoque plus de 1 000



décès chaque année. Dès lors, la généralisation du frottis tous les trois ans pour 80% des femmes, contre 60% aujourd'hui, réduira la mortalité de 30% en dix ans.

Le cancer du col de l'utérus est le seul - je dis bien le seul - pour lequel il existe un vaccin, et pourtant, en France, ce vaccin n'est administré qu'à 30% des jeunes filles. C'est une source nouvelle d'inégalités. Certes, je connais les réserves que suscitent des campagnes mal conçues de vaccination mais, ce vaccin a fait la preuve de son efficacité. Aussi, d'ici cinq ans, nous doublerons la couverture vaccinale contre le cancer du col de l'utérus, ce qui permettra son éradication à terme.

Après le dépistage, il y a le diagnostic. Là aussi, tout retard est un risque, tout temps perdu peut être fatal. En France, les délais moyens d'accès à un examen par IRM sont de 27 jours. Ce chiffre à lui seul pourrait nous satisfaire, mais en fait, il varie du simple au double selon les lieux d'habitation. Comment l'accepter ? Le troisième Plan Cancer fixera comme obligation que le délai ne dépasse pas vingt jours où que l'on réside. Et nous y mettrons les moyens puisque quinze millions d'euros seront affectés aux régions qui sont aujourd'hui sous-équipées.

Enfin, certains cancers sont d'autant plus difficiles à identifier qu'ils sont peu fréquents, et nécessitent donc de la part du praticien une expertise que tous n'ont pas pu nécessairement acquérir. C'est le cas notamment des cancers rares de l'adulte, et des tumeurs solides de l'enfant. Dans ces situations, un double avis, une double expertise sera requise, et là aussi, c'est une inégalité qui tombera.

Après le dépistage, après le diagnostic, il y a le traitement. La première des exigences, c'est l'information des patients qui doivent pouvoir connaître, comparer les performances des



établissements et des services auxquels ils s'adressent.

C'est pourquoi de nouveaux indicateurs de qualité seront établis ; ils seront rendus publics par le ministère de la Santé, sur le site national d'information en santé, que notre pays attend depuis de longues années. Cela sera une avancée majeure, pour le droit des malades, pour la démocratie sanitaire, et cela va bien au-delà de la lutte contre le cancer.

Réduire les inégalités en matière de traitement, c'est également s'assurer que les avancées technologiques et thérapeutiques se diffusent au même rythme partout sur le territoire.

Car le traitement du cancer, ce n'est plus seulement la chimiothérapie ou la chirurgie lourde, c'est aussi, et de plus en plus, la chimiothérapie orale, celle qui peut être administrée au domicile ; c'est la radiologie interventionnelle ; c'est surtout la chirurgie ambulatoire qui concernera d'ici dix ans une patiente sur deux opérées d'un cancer du sein. Cette révolution technique, car c'en est une, exige également un changement profond dans l'organisation même de notre offre de soins, c'est-à-dire l'introduction d'une médecine de parcours qui sera fondée sur la personnalisation de la réponse.

Comment y parvenir ? D'abord, en partageant les informations entre tous les professionnels de santé, qu'ils exercent à l'hôpital ou en ville. Un dossier communicant de cancérologie sera donc créé . Il contiendra toutes les données relatives à l'histoire et aux traitements du malade tout au long du parcours de soins. A la fin de l'année 2015, tous les patients en disposeront - c'est aussi une avancée du troisième Plan Cancer.

La personnalisation de la réponse appelle également une meilleure liaison entre l'hôpital, qui a un



rôle aujourd'hui central, et le médecin traitant, qui devra occuper une place de plus en plus éminente dans le suivi individuel du malade, dans la mesure où celui-ci sera de plus en plus traité hors des grands établissements de santé.

Cette nouvelle organisation exige aussi de reconnaître de nouveaux métiers pour accompagner les patients, de faire apparaître de nouvelles fonctions. C'est pourquoi un diplôme de niveau Master d'infirmier clinicien sera créé à compter de la rentrée universitaire 2016. De la même manière, les radio-physiciens et les dosimétristes, qui exercent, les uns comme les autres, des missions essentielles, seront pleinement reconnus en tant que professions de santé.

Bref, on le voit bien, le traitement du cancer va changer profondément l'organisation de notre système de santé. Tel est le premier objectif du Plan Cancer : guérir plus de malades.

Le second objectif, toujours avec cette perspective de lutter contre les inégalités, mais aussi de lutter contre la maladie, c'est de mettre plus rapidement encore les innovations au service des patients.

La recherche doit d'abord être sur l'essentiel. C'est la recherche fondamentale, elle sera préservée : l'Etat garantira un niveau de financement d'au moins 50% des crédits sur appel à projets de l'INCa et d'Aviesan. C'est une condition nécessaire pour assurer aux équipes l'indépendance dont elles ont besoin pour mener leurs travaux, et dans la longue durée.

Parallèlement à cette recherche fondamentale, il y a la recherche clinique, qui devra se déployer au bénéfice de tous les malades. Les essais cliniques concernent aujourd'hui 25 000 patients. L'enjeu



du Plan Cancer, c'est de doubler en cinq ans le nombre des essais cliniques pour qu'ils concernent tous les cancers - et notamment les 1 700 cancers pédiatriques, et toutes les régions et notamment celles qui sont aujourd'hui les moins concernées, je pense à l'Outre-mer.

L'ambition du Plan Cancer sera de mettre en oeuvre une innovation majeure, celle qui peut d'ailleurs bouleverser le traitement du cancer, je veux parler de l'apport de la génétique. Elle contribuera notamment à guérir les cancers qui pour l'instant sont les plus résistants.

L'analyse des facteurs génétiques est en effet devenue un élément déterminant du diagnostic, mais aussi à la base des thérapies ciblées spécifiques à chaque type de tumeur. Ces pratiques, néanmoins, sont encore trop limitées. Le Plan Cancer permettra de proposer ces analyses à plusieurs dizaines de milliers de malades, chaque année. Nous allons lancer un programme unique au monde par son ampleur. Il s'agit du séquençage à haut débit de l'ensemble des cancers. Quel est l'enjeu ? De donner une vision complète du génome de chaque tumeur. Et grâce à cela, d'offrir aux patients des soins personnalisés.

C'est toujours la même démarche, individualiser le plus possible le traitement du cancer. De 10 000 tumeurs analysées en 2015, l'objectif est d'atteindre 60 000 en 2018. Nous y consacrerons, là encore, les moyens nécessaires, puisque ce programme est exceptionnel : 60 millions d'euros seront dégagés sur la durée du plan.

Mais si je veux prendre une considération plus générale, et au-delà même de ces techniques, nous entrons dans une période où les avancées thérapeutiques vont se multiplier - et c'est bien, c'est un signe d'espoir. Quel est le problème que nous rencontrons ? C'est que ces progrès puissent



bénéficier aux patients, sans délai. Or, nous savons bien qu'il y a des procédures qui sont particulièrement lourdes - évaluations, autorisations, tarifications - et qui risquent donc de retarder encore l'accès des malades aux soins qu'ils réclament, et aux avancées thérapeutiques qui sont possibles.

Aussi, tout sera fait pour accélérer les procédures, et prescrire les médicaments innovants sans attendre les autorisations de mise sur le marché. De même, seront assouplies les possibilités d'extension des indications d'utilisation d'un produit, lorsqu'il s'avère efficace pour soigner d'autres types de tumeurs. Pourquoi attendre, pourquoi ouvrir une nouvelle procédure, puisque cela peut permettre de guérir tout de suite ?

L'autre défi de ces avancées et de ces innovations, nous l'avons tous à l'esprit, c'est le prix.

L'arrivée de nouveaux produits conduit à une envolée des coûts des traitements qui - je le rappelle - sont supportés par l'Assurance-maladie. C'est quand même une garantie que nous devons donner à tous nos concitoyens. Il est hors de question de priver les malades des progrès de la science parce que ce serait trop cher.

Mais cette ambition - soigner, soigner quel qu'en soit le prix - suppose que nous soyons particulièrement vigilants pour fixer le prix des médicaments à un niveau qui corresponde à la réalité de leur apport thérapeutique, et ensuite de les réguler périodiquement, en fonction de l'usage qui en est fait et de la qualité de vie qu'ils procurent. En d'autres termes, pourquoi faudrait-il continuer de payer au prix fort un produit, dont l'intérêt médical serait devenu moindre, en raison d'autres innovations qui seraient annoncées ? Oui, si nous voulons relever le défi, à la fois, de l'accès de tous aux innovations thérapeutiques et de la maîtrise des coûts et des prix, alors il faut lutter contre



les excès, il faut combattre les situations de rentes, et accompagner les avancées thérapeutiques à des tarifs maîtrisés. C'est cela aussi, l'enjeu, du Plan cancer.

La troisième priorité c'est d'améliorer la vie des malades.

Trois millions de personnes ont un cancer en France, ou en ont guéri. Elles ont des droits et veulent être pleinement considérées et reconnues. Le respect vaut, à l'évidence, pour l'annonce de la maladie, qui maintenant répond à des conditions strictes. Mais cette exigence doit se diffuser à toutes les étapes du traitement, jusqu'à la guérison, en particulier lorsque le médecin traitant prend le relais de l'hôpital. Or ce moment est souvent négligé, alors même qu'il ne constitue nullement le terme du parcours. C'est pourquoi il sera introduit un programme personnalisé de l'après-cancer, où seront précisés les éventuels soins de suite, le rythme des contrôles ou encore les modalités d'accompagnement.

Mais il y a un autre enjeu, qui est de permettre au malade de conserver sa place, toute sa place, dans la société.

Je vais commencer par les enfants. Ils sont 1 700 en France à être touchés chaque année par le cancer. Ils doivent pouvoir continuer leurs études, malgré les traitements. Lorsque la scolarisation est rendue impossible, l'accès à des cours par correspondance doit leur être garanti. Mais faut-il encore que ce soit gratuit. Cela le sera, puisque la gratuité de l'inscription au CNED sera étendue à tous les élèves, de plus de 16 ans, atteints d'un cancer. C'est le droit à pouvoir apprendre, quelle que soit la maladie.



Et puis il y a les adultes, qui doivent poursuivre aussi leur activité professionnelle. Or, nous le savons très bien, un tiers des personnes en activité, au moment où le diagnostic leur est délivré, perdent leur emploi au bout de 2 ans. C'est inadmissible. Nous devons donc favoriser l'aménagement du temps de travail pour les personnes atteintes d'un cancer, mettre en place des droits renforcés, en termes de formation professionnelle, sensibiliser les entreprises sur les risques de discrimination, sur les conditions d'un retour à l'emploi... Autant de pistes que nous ouvrons avec le Plan cancer. Et j'ai chargé le ministre du Travail de mettre en oeuvre, avec les partenaires sociaux, ces orientations.

Mais il y a aussi des situations où il n'est plus possible de poursuivre, à cause de la maladie, une activité professionnelle. Alors, à la douleur du cancer, s'ajoute la précarité du travail. Pour les personnes qui ont travaillé moins de 200 heures dans un trimestre, il n'y a plus d'indemnités journalières. C'est pourquoi le gouvernement a décidé d'abaisser ce seuil à 150 heures dès le 1er janvier 2015, notamment pour les personnes atteintes d'un cancer. Toujours la même idée : réduire les inégalités.

C'est cette même volonté qui doit aussi nous conduire à rendre possible, pour tous les malades, ou qui l'ont été, les actes de reconstitutions mammaires ou dentaires. Or, aujourd'hui les « restes à charge », comme l'on dit, c'est-à-dire ce qui doit être payé par les malades, demeurent trop importants. Nous veillerons à ce que l'application de l'avenant numéro 8 de la convention médicale sur les dépassements d'honoraires soit strictement respectée pour les patients atteints de cancer.

Je vais plus loin. À l'échéance du Plan, il sera créé dans chaque région une offre de chirurgie réparatrice, accessible à tous, sans aucun frais pour les patients. Les Agences Régionales de Santé



auront à organiser ce droit, à pouvoir être pleinement, non seulement soigné, mais traité jusqu'au bout, pour qu'il ne reste aucune trace, sur le corps, de la maladie.

Enfin, il y a la vie après le cancer. Je le rappelais avec bonheur, avec espoir : la majorité des malades du cancer sont guéris ou seront guéris. Mais, en même temps, une autre fatalité tombe sur eux : ils sont guéris, la science le démontre. Mais ils restent suspects, et ils le découvrent lorsque, voulant recourir à un crédit, il leur est demandé davantage de garanties, ou de supporter davantage de frais. Alors, ils sont guéris, mais ils ne peuvent plus être propriétaires, ou alors à des coûts exorbitants.

Je sais que depuis 10 ans ce qu'on appelle la convention AERAS - conclue entre l'Etat, les assureurs, et les associations de malades - a amélioré le recours au crédit des personnes, qui ont été atteintes notamment d'un cancer. Mais, là aussi, regardons les choses en face : le dispositif n'a pas évolué alors que beaucoup d'anciens malades ont une espérance de vie exactement comparable à ceux qui n'ont pas été malades.

Le temps est donc venu d'instituer un véritable droit à l'oubli. Il s'appliquera à tous ceux qui enfant ou adolescent ont vaincu le cancer, ainsi qu'à tous les autres malades dont les données de la science nous disent qu'ils sont définitivement guéris. La convention sera renégociée, sur ces bases, et s'il n'est pas possible de la conclure ainsi, c'est la loi qui interviendra.

La dernière ambition, j'allais dire même la plus forte, que nous devons porter à travers ce Plan Cancer, elle est toute simple, c'est d'éviter le cancer.



Car le cancer est une maladie évitable, pour une grande partie des cas. Le rapport qui m'a été remis laisse penser que 80 000 cancers pourraient être évités si tout était fait. Chaque année, en France, il y a 44 000 décès par cancers liés au tabac, 15 000 liés à l'alcool, plus de 2 000 cancers liés à l'obésité, 1 000 à l'exposition solaire. Au total 40% de la mortalité due au cancer tient à des facteurs de risque qui sont eux-mêmes évitables, liés à l'environnement, ou aux comportements. Ces cancers non seulement sont trop nombreux, mais ils continuent d'augmenter.

Si on regarde les pays comparables au nôtre : en Angleterre le nombre de cancers du poumon recule depuis 30 ans ; aux Etats-Unis depuis 1990 les chiffres vont dans le même sens. Là se situe une part de l'échec de ce qui a été fait depuis des années ; là réside aussi la principale source d'inégalité ; là doivent converger toutes nos actions. La prévention est le meilleur investissement. Cela ne vaut pas d'ailleurs que pour le cancer, mais pour l'ensemble des questions de santé publique. Elle sera donc l'élément essentiel de la stratégie de santé qui sera présentée par la ministre des Affaires sociales et de la Santé.

Mais sans attendre, le troisième Plan comprendra des mesures sur chacun des principaux risques. Et notamment sur le premier. Le tabac, est responsable de 30% des décès par cancer. C'est la première cause de mortalité pour les femmes, comme pour les hommes - mais de ce point de vue l'égalité est en marche, et ce n'est pas la meilleure ! Le second Plan Cancer avait fixé comme objectif une baisse de la prévalence du tabac, c'est-à-dire du nombre de fumeurs, de 30% à 20% dans la population. Le taux aujourd'hui est de 33%, il y a plus de fumeurs qu'il n'y en avait il y a 5 ans.

J'ai donc demandé à Marisol TOURAINE de présenter, avant l'été, un programme national de



réduction du tabagisme, s'intégrant précisément dans la stratégie nationale de santé. Il sera élaboré par tous les acteurs concernés, pour agir sur la consommation, qui devient une addiction. Nous devons utiliser tous les leviers.

Le premier, c'est le prix. Que nous révèle l'expérience ? Elle nous enseigne que les seules baisses significatives - elles ont été rares - de la consommation de tabac, se sont produites après des augmentations fortes du prix des cigarettes. Ce fut le cas en France en 2003, seulement pour quelques années. Quelle est la situation aujourd'hui ? De 2005 à 2012, il y a eu des hausses continues, qui ont relevé en moyenne le prix du tabac d'1,20 euro. 1,20 euro, ce n'est pas négligeable, mais ces hausses ont été progressives et parfois conçues davantage pour accroître les recettes de l'Etat, sans être accompagnées des mesures indispensables pour inciter les fumeurs à ne plus l'être.

Aujourd'hui le prix du tabac, en France, est devenu le plus élevé d'Europe continentale. Et de plus en plus de fumeurs achètent leurs cigarettes à l'étranger, au marché noir ou sur Internet. Tel est le paradoxe français : nous avons le niveau de prix de tabac parmi les plus hauts d'Europe, et la consommation de tabac la plus forte d'Europe. Alors il faut bâtir une stratégie par rapport à cette réalité.

Les hausses de tarifs doivent retrouver leur finalité de santé publique. Depuis 18 mois, le prix du paquet a augmenté en moyenne de 80 centimes, soit plus de 12%. Ce mouvement se poursuivra, mais il sera guidé par un seul impératif : les recettes supplémentaires ne bénéficieront pas à l'Etat, mais abonderont un fonds dédié, c'est-à-dire destiné à la recherche sur le cancer, à sa prévention et à l'amélioration de sa prise en charge.



Toute action sur les prix - a fortiori quand ils sont déjà, comme c'est le cas chez nous, élevés - ne peut néanmoins se concevoir que dans une stratégie globale, qui propose aux fumeurs de véritables solutions pour s'arrêter, et qui dissuade les jeunes d'entrer dans ce processus. Si bien que le second levier, c'est d'aider les fumeurs à en finir avec la cigarette.

Comment faire ? D'abord mobiliser les professionnels de santé encore davantage, pour qu'ils puissent proposer systématiquement aux fumeurs de s'engager dans le sevrage. Les médecins traitants y seront incités dans le cadre des objectifs de santé publique qui contribuent, je le rappelle, à leur rémunération. Les pharmaciens verront leur rôle de conseil mieux défini, et reconnu dans le cadre d'une négociation qui devra être conclue d'ici 2015. Les médecins du travail, les infirmières scolaires, seront habilités à proposer des substituts nicotiques.

Les fumeurs qui veulent s'arrêter ont également besoin d'une information spécialisée et personnalisée. Ainsi, dès l'année prochaine, il existera un numéro unique qu'il suffira d'appeler pour être orienté vers le professionnel le plus proche, qui définira un programme personnalisé d'arrêt du tabac.

Le soutien à l'achat de substituts nicotiques sera relevé, le forfait actuel est de 50 euros, il a déjà été porté cette année à 150 euros pour les moins de 25 ans. Nous étendrons cette mesure en 2015 aux 25 à 30 ans, aux bénéficiaires de la Couverture Maladie Universelle, et à tous les malades du cancer. Sortir du cancer, c'est déjà un objectif que nous devons porter. Sortir du tabac, c'est la condition pour ne pas entrer dans le cancer. Sortir du tabac doit donc être de plus en plus gratuit. C'est l'enjeu du plan que nous présentons. Nous associerons à cet effort les organismes complémentaires, qui sont indispensables. L'aide au sevrage sera inscrite dans le panier de soins



minimal des contrats responsables. Bref, l'incitation sera particulièrement forte.

Enfin les buralistes seront encouragés à s'adapter à ce qui est notre objectif - la diminution du nombre de fumeurs - et à participer eux-mêmes davantage au développement des moyens de substitution tabagique. Le programme national de réduction du tabagisme contiendra, et c'est légitime, des mesures en faveur de la diversification de leurs activités.

Le troisième levier pour sortir du tabac, ou plus exactement pour ne pas y entrer, c'est la dissuasion.

En commençant par donner une information, qui est aussi terrible qu'incontestable : un jeune qui entre dans le tabac, dans l'addiction au tabac, a, si je puis dire, 1 « chance » sur 2 - le mot chance est entre guillemets - de mourir avant 60 ans. Fumer à 17 ans, c'est prendre le risque de mourir avant 60 ans !

Cette phrase doit être répétée partout et à tous. Ce message sera donc diffusé dans l'ensemble du pays. Une campagne d'information à la télévision sera lancée, les images seront montrées, aussi dures soient-elles, sur les ravages du cancer lié au tabac, aux heures de plus grande écoute, avec la plus grande audience. Je rappelle que le tabac tue en 15 jours ce que la route, hélas, décime en une année. Nous ferons donc le même effort, et plus d'efforts encore, pour ces campagnes d'information à la télévision et sur les radios.

Nous exploiterons aussi les possibilités que nous offre la récente directive sur le tabac pour renforcer les informations sur les paquets, nous garantirons l'effectivité de l'interdiction de vente du tabac aux mineurs. Mineurs cela veut dire moins de 18 ans. Or nous savons qu'il y a trop de moins de 18 ans qui sont déjà des fumeurs. Nous renforcerons les sanctions liées aux ventes de produits



de tabac sur Internet et nous lutterons encore plus efficacement par rapport à ces achats hors de nos frontières, à ces trafics, qui concernent de plus en plus les paquets de cigarettes. Voilà ce que nous ferons.

Mais il n'y a pas que le tabac. Il y a aussi l'alcool, dont la consommation chez les jeunes mineurs appelle, là encore, le redoublement des actions de prévention. Il y a les cancers liés au travail, qui frappent au moins 14 000 personnes chaque année. 2 millions sont exposées régulièrement à des produits chimiques cancérigènes. L'Etat veillera au respect de la réglementation, les politiques de substitution seront encouragées avec le concours des partenaires sociaux.

Enfin, je veux insister sur l'exposition au soleil, dont les liens avec le cancer de la peau sont évidents, et les risques, aussi, des rayonnements ultraviolets. Ainsi, l'usage des appareils de bronzage sera-t-il davantage encadré. Tout doit être fait pour informer, pour dissuader, et pour également contrôler.

La prévention c'est le meilleur investissement, et c'est donc l'ambition du troisième Plan Cancer.



Je le dis souvent lorsque j'évoque l'avenir de la France, ce qu'elle doit faire, ce qu'elle doit être, comment elle doit regarder l'avenir : un pays n'avance que s'il est mû par de grandes causes, son destin, son influence, ses valeurs, ses principes, sa capacité à avoir une économie forte, sa solidarité, son modèle social, ses règles de vie.

Un pays ne peut avoir de perspectives que si l'ensemble de la communauté nationale se reconnaît dans ce qui est, à un moment indiqué, comme l'ambition qui doit nous fédérer. Je l'ai évoqué pour l'économie, pour l'entreprise, parce que c'est la condition pour que nous soyons encore une nation forte. Mais cette volonté, je l'affirme également par rapport à la lutte contre le cancer, parce que nous l'avons vu, elle va déterminer un nouveau système de santé, une autre organisation de soins, une autre façon de vivre. Vaincre le cancer est donc un de ces grands objectifs auquel une nation comme la nôtre doit consacrer ses forces. Ainsi, nous ferons de la recherche, toujours une excellence, pour permettre le progrès.

Il n'y a pas plus belle valeur que le progrès. Il ne faut pas simplement croire au progrès, le progrès n'est pas une croyance. C'est la capacité que nous devons avoir de le mettre en mouvement. Nous devons être une nation de progrès, et la recherche en fait forcément partie.



Un pays est légitimement aussi fier, et nous le montrons, de garantir à chaque malade - quelle que soit sa condition sociale, quel que soit son âge, quel que soit son revenu, son lieu d'habitation - qu'il sera soigné de la même manière, qu'il pourra bénéficier des avancées thérapeutiques comme les autres, qu'il n'y aura pas de barrière. Parce que nous sommes la France et que la lutte contre le cancer fait partie de la traduction de nos valeurs d'égalité.

Le Plan que je présente accélèrera aussi la médecine personnalisée et fera sortir en partie, de l'hôpital, le traitement du cancer. Nous sommes donc en train d'inventer cette médecine de parcours qui demain sera sans doute la règle. Le Plan contre le cancer permet également de mettre plus de moyens dans les politiques de prévention qui seront au coeur de la stratégie nationale de santé.

Le Plan que je viens de présenter mobilisera 1,5 milliard d'euros sur 5 ans, dont la moitié sera consacrée au financement de nouvelles mesures. 1,5 milliard, certains diront que c'est trop peu, sûrement. D'autres, qui ne sont pas malades, pourront dire que c'est trop. Je ne le crois pas, car chacun, chacune, peut se sentir concerné.

Vaincre le cancer, à travers cette mobilisation financière, c'est faire le choix de la vie, c'est permettre la vie, de gagner de la vie, mais c'est aussi réduire les charges qui pèsent sur la nation, avec le



cancer. Comme on évalue tout, comme on calcule tout, il a été indiqué que la somme de ce que représentent les charges du cancer pour la société française, pour le système de santé, est égale à 14 milliards d'euros. Et je ne parle pas des préjudices sur la vie des malades et leur famille. 14 milliards d'euros ! Vaincre le cancer, prévenir le cancer, c'est aussi investir dans l'avenir.

Voilà le défi qui nous est lancé, comme à chaque fois que nous avons, en face de nous, un fléau que nous devons combattre. Mais en même temps l'espoir est là. Parce que nous avons un système de recherche, une organisation de soins, des professionnels de santé, des associations. Oui, nous pouvons avoir aussi de l'espoir, parce que nous avons la volonté.

Ce troisième Plan engage l'Etat, mais il n'aura de portée réelle que si les professionnels que vous êtes, les associations que vous représentez, les organismes sociaux que vous pouvez diriger, et plus largement ce que vous représentez au nom des malades, sont parties prenantes de ce que nous allons faire.

C'est de cette mobilisation collective que dépendra la réussite du troisième Plan Cancer, c'est-à-dire le recul du cancer. Nous sommes tous engagés dans la réalisation de cet objectif, qui vaudra après nous. Parce que nous n'en n'avons pas terminé, même si nous devons accélérer, aller plus vite et



permettre de guérir plus de malades et d'empêcher d'autres de le devenir.

Telle est notre ambition.

