

VIE DE L'ACADÉMIE

CONFÉRENCE INVITÉE

Plans cancer : genèse et premier bilan d'une mobilisation nationale sans précédent

Frédéric SALAT-BAROUX *

Monsieur le président de l'Académie nationale de médecine,
Monsieur le secrétaire perpétuel,
Mesdames et messieurs les membres et correspondants.

C'est avec honneur et émotion que je m'exprime aujourd'hui devant vous.

À cet instant, je pense évidemment à mon père et à son regard brillant de joie et de fierté quand il m'annonça, presqu'au dernier soir de sa vie, son élection parmi vous.

De lui, j'ai appris la grandeur et la singularité de la médecine. Celle-ci est sans aucun doute une science. Mais, plus encore, elle est la science de l'humain. La société en appelle toujours davantage à la médecine qui a besoin de la société pour prévenir, découvrir, soigner, apaiser.

C'est cette conviction qui est au cœur du plan cancer, lancé par le Président Jacques Chirac le 14 juillet 2002. Il voulait, plutôt qu'un chantier en dur pour son second mandat, mobiliser la Nation autour d'un grand dessein humaniste et de progrès.

Mon propos n'est pas celui d'un scientifique. Il n'est pas non plus celui d'un historien du cancer comme le Professeur Rouëssé.

C'est le récit et l'analyse d'un haut fonctionnaire, engagé en première ligne dans ce plan dont la spécificité a été de faire d'une maladie — le cancer — un sujet politique au service des malades et des soignants.

Mon propos portera plus particulièrement sur quatre points :

- Pourquoi le cancer ?
- Quelle méthode et quel contenu pour le plan cancer ?
- Quel bilan ?
- Et maintenant ?

* Membre du Conseil d'État.

*
* *

Pour le non spécialiste, le cancer est la première des maladies. À bien des égards, elle est la maladie par excellence.

Première cause de mortalité en France, elle tue 150 000 personnes par an. Un homme sur deux, une femme sur trois sont touchés.

Le cancer est évitable. Au moins 40 % de la mortalité tient à des facteurs de risques. 44 000 personnes décèdent chaque année d'un cancer dû au tabac, 15 000 à l'alcool, 2 000 à l'obésité, 1 000 à l'exposition solaire. Les pollutions, les environnements à risques expliquent certainement beaucoup d'autres cas de cancer.

Mais, au-delà des facteurs de risques, le cancer reste une maladie multifactorielle et profondément complexe, comme l'illustrent vos travaux sur ses déterminants génétiques. Le Président Richard Nixon imaginait-il, en lançant le plan cancer américain, lui le président d'une nation à qui tout semblait possible, qui venait de marcher sur la lune, que 45 ans plus tard le combat contre le cancer serait encore au milieu du gué ?

Le cancer est aussi une maladie profondément inégalitaire. Au-delà des chiffres globaux de guérison : 40 % chez l'homme, 60 % chez la femme, 75 % chez l'enfant, le taux de survie est de 1 % pour le mésothéliome pleural mais de 92 % pour le cancer de la thyroïde de la femme.

Inégalitaire aussi sur le plan social : le risque de mourir d'un cancer entre 30 et 65 ans est deux fois plus élevé pour un ouvrier que pour un cadre. Il l'est aussi entre les régions.

Comme me le disait Marc Blondel : « *Peu m'importe que le baron Sellières soit infiniment plus riche que moi. Mais si j'ai un cancer, je veux être soigné aussi bien que lui* ».

Le cancer a évidemment aussi une dimension économique : 14 milliards d'euros de dépenses de santé, bien plus sur notre appareil productif, 60 % des dépenses d'hospitalisation.

Mais par-delà les chiffres, le cancer a avant tout une dimension humaine. Mieux que personne vous en connaissez la violence, les souffrances mais aussi les bonheurs lorsque la maladie est vaincue et que la vie reprend ses droits.

C'est pour cela que le cancer — affaire par excellence des soignants — est devenu un enjeu politique au sens le plus noble du terme.

*
* *

Le Président Chirac aime et admire les médecins. Il a appris à les connaître à travers ses épreuves familiales. Il a voulu que le plan cancer soit conçu par les médecins et pour les malades. Il savait que c'était la condition de la réussite.

Pendant six mois, le plan a été préparé par les deux ministres — votre collègue Jean-François Mattéi et Claudie Haigneré — par le Professeur Khayat et les principaux acteurs du secteur. Le rapport de 600 pages qui en est résulté était remarquable. Il a permis au chef de l'État de décider à partir de propositions de terrain.

La prise de parole du Président de la République le 24 mars 2003 devant les principaux acteurs de la cancérologie avait un double objectif :

- d'abord symboliser l'engagement de la Nation au plus haut niveau et briser la loi du silence face à cette maladie ;
- ensuite s'imposer une obligation de résultat en annonçant des mesures précises et inscrites dans un calendrier.

Ma responsabilité était double. Je devais m'assurer de l'exécution des décisions. Je devais veiller, dans un secteur traumatisé par le scandale de l'ARC, à ce que la mise en œuvre du plan soit irréprochable.

*
* *

Sur le fond, nous sommes partis d'un constat : rien ne permet de penser que l'on vaincra la maladie rapidement. Il faut donc agir tout à la fois sur la prévention, le dépistage, les soins, la recherche et l'accompagnement social.

D'où les 70 mesures du plan.

S'agissant de la prévention, il fallait frapper un grand coup et s'attaquer au problème principal : le tabac.

Nous avons décidé d'un choc sur les prix : 20 % de hausse en 2003, 10 % en 2004 et 6 % en 2007.

Ces hausses ont financé le plan cancer et non les caisses de l'État. À cela s'est ajoutée l'interdiction de fumer dans les lieux publics, dès 2006.

L'objectif était de diminuer de 20 % la consommation de tabac des adultes et de 30 % celle des jeunes. L'effet a été immédiat : les ventes de cigarettes ont baissé de 14 % en 2003 et de 21 % en 2004 pour atteindre un point bas historique.

Depuis, la consommation est dramatiquement remontée. Nous y reviendrons.

L'autre domaine où nous aurions pu frapper un grand coup est celui de l'alcool. C'était ma position. J'étais pour la hausse massive des taxes et, s'il le fallait, pour un durcissement de la loi Évin. J'ai été isolé sur cette position. L'honnêteté commande de le dire, les esprits n'étaient pas mûrs.

Il y avait enfin la question de la prévention des cancers professionnels et environnementaux. Mais nous manquions d'études suffisamment précises pour agir.

La généralisation des dépistages était la deuxième priorité.

Deux domaines étaient mûrs :

- le dépistage biennal du cancer du sein ;
- le dépistage du cancer de l'utérus.

Le dépistage du cancer colorectal faisait l'objet d'un débat assez passionnel. La position médicale majoritaire était que le test *Hémocult* était insuffisamment précis. Les décideurs politiques voulaient néanmoins avancer. Il en est sorti le principe d'une expérimentation à grande échelle, conformément à l'avis de l'Académie nationale de médecine du 29 janvier 2002.

Nous nous sommes posés la question du dépistage du cancer de la prostate qui est la seconde cause de décès par cancer chez l'homme. Les interrogations sur l'efficacité du test PSA, et notamment vos travaux qui ont débouché sur le rapport de mai 2003, nous ont conduits à ne pas retenir cette mesure.

Enfin, il y avait déjà à l'époque les premiers tests génétiques. Nous avons décidé de mettre en place des tests de prédisposition au cancer du sein (BRCA 1 et 2).

Le troisième volet était évidemment les soins. Je retiendrai quatre points.

D'abord, la consultation d'annonce. Elle était essentielle pour le Président Chirac. Il considérait qu'il avait là un devoir d'humanité et que la façon dont on entrait dans le traitement influait sur la guérison.

Le deuxième point visait à offrir à tous les malades une concertation interdisciplinaire sur leur dossier. Ce que mon père appelait le « staff » et qui est devenu la norme. J'ai été surpris d'apprendre que cette concertation pouvait conduire à des choix très ou trop raisonnables, que certains chefs de services qui voulaient tout tenter pouvaient se retrouver mis en minorité par des équipes portant un regard plus statistique sur les dossiers. Mais combien de solutions inattendues et efficaces ont émergé aussi de cette analyse pluridisciplinaire !

En troisième lieu, il fallait garantir à tous l'accès aux molécules innovantes, en rapprochant les modes de financement entre le public et le privé.

Mais la mesure la plus structurante, la moins consensuelle, a été l'agrément des établissements publics et privés autorisés à soigner le cancer. Les études internationales le montraient : on ne soigne pas bien le cancer quand on le soigne peu. C'est l'Institut National du Cancer qui a été chargé de fixer les critères d'agrément.

Enfin, je garde en mémoire l'emportement du Professeur Victor Izraël, lors d'une des réunions que je tenais le jeudi à 15 heures : tout cela est très bien, disait-il, mais comment le faire quand « *chaque année il y a 20 % de malades en plus à traiter et 20 % de cancérologues en moins* » ? 3 900 postes ont été créés et le nombre d'internes en cancérologie a été augmenté.

En matière de recherche, il fallait sortir des logiques de « saupoudrage » et concentrer les moyens sur un nombre limité de cinq ou six cancéropôles. L'Institut National du cancer en a été chargé, en liaison avec l'INSERM et l'ARS.

S'agissant des malades, une attention a été portée aux mesures dites sociales : le recours accru aux soins et aux aides à domicile, la présence des parents auprès de leurs enfants malades, l'accès à l'assurance, le maintien et le retour à l'emploi.

Enfin, il fallait une structure centrale de pilotage. Il fallait une nouvelle institution, ce fut l'Institut National du Cancer. Dès l'origine, le choix des premiers présidents était fait : le Professeur David Khayat, pour lancer l'Institut, puis Dominique Marininchi, issu des centres de lutte contre le cancer, pour l'enraciner dans la durée.

*
* *

Quel bilan peut-on tirer de ce plan avec une décennie de recul ?

D'abord, l'objectif symbolique a été atteint. Le cancer devient une maladie comme les autres : les malades et leurs familles ne sont plus relégués aux marches de la société des bien-portants.

S'agissant de la mise en œuvre des mesures comme l'a relevé le rapport de la Cour des Comptes de juin 2008 : « *le plan cancer a constitué un cadre cohérent. Ses objectifs ont été largement atteints : on peut estimer qu'un tiers de ses 70 mesures ont été pleinement concrétisées, qu'un autre tiers l'a été modérément ou inégalement, le dernier tiers n'ayant que peu ou pas du tout été mis en œuvre. Les inégalités géographiques demeuraient importantes à l'issue du plan mais les réductions devraient se poursuivre sur sa lancée* ».

Je ne partage pas totalement cette analyse car, pour appréhender justement la réalité, il fallait hiérarchiser les mesures. Les plus importantes ont été mises en œuvre.

En tout état de cause, le cancer s'est imposé comme un sujet politique durable. Les deux successeurs du Président Chirac ont lancé, en 2009 et 2014, les plans cancer II et III.

Ils ont été construits de manière identique en s'appuyant respectivement sur les travaux des professeurs Grünfeld et Vernant et en franchissant de nouvelles étapes dans tous les domaines : de la prévention aux mesures sociales.

Le deuxième plan a notamment mis l'accent sur l'exigence de mieux lutter contre les inégalités entre les malades et sur l'accès aux molécules innovantes par la liste dite « hors T2A ».

Le plan 2014 présente 17 objectifs. Je mentionnerai plus particulièrement la mise en place d'un nouveau dispositif de surveillance de l'exposition aux ondes électromagnétiques, le lancement du dépistage généralisé du cancer colorectal avec un nouveau test immunologique, le dossier communiquant en cancérologie, l'accélération de la cartographie génétique des tumeurs et le développement de l'oncogénétique, enfin le droit à l'oubli dans le domaine des assurances.

Cette continuité dans l'effort de la Nation est symbolisée par l'enracinement de l'INCa, présidé avec autorité et compétence par Agnès Buzyn.

En terme de résultats, les études les plus récentes et notamment celles publiées par le journal *Lancet* placent la France parmi les pays où le cancer est le mieux soigné.

Certes le nombre de cancers continue à augmenter en raison du vieillissement de la population. Mais entre 2005 et 2012 le taux d'incidence — qui permet des comparaisons corrigées du vieillissement — a baissé de 1,3 % par an chez l'homme et la hausse a fortement ralenti chez la femme.

Sur le plan du dépistage, les avancées sont nettes mais les objectifs pas encore atteints. Le dépistage des cancers du sein et de l'utérus concerne 60 % des femmes, alors que l'objectif est de 80 %. Il faut y ajouter la vaccination contre le cancer de l'utérus administré à 30 % des jeunes filles et pour laquelle le troisième plan cancer a fixé un objectif de 60 %.

En matière de soins, les hospitalisations en ambulatoire ont augmenté de près de 30 % depuis 2010. Malgré les contraintes budgétaires, les thérapies ciblées représentent plus de 70 % des dépenses d'anticancéreux.

En matière de recherche, 44 000 patients sont inclus dans des essais cliniques, soit plus du double de 2008.

*
* *

Les résultats sont donc réels mais beaucoup reste à faire. Je voudrais, à ce titre, conclure mon propos par quatre réflexions.

La première est que la lutte contre le tabac est en échec en France.

Après avoir fortement baissé jusqu'en 2005, la consommation de tabac est à nouveau en augmentation. Alors que le deuxième plan cancer s'était fixé pour objectif de ramener la proportion de fumeurs dans la population de 30 à 20 %, nous sommes aujourd'hui à 33 %. Il y a plus de fumeurs qu'il y a cinq ans ! Nos résultats sont infiniment plus mauvais que ceux du Royaume-Uni, des États-Unis, du Canada ou de l'Australie qui ont un taux de fumeurs adultes entre 14 et 18 %, soit deux fois moins que nous.

Madame Touraine a raison, dans la ligne de la convention cadre de l'OMS, d'imposer le paquet neutre qui a donné des bons résultats dans les pays anglo-saxons. Il faut aussi redonner toute sa force à l'augmentation des prix qui a fonctionné en 2003 et 2004 mais qui est depuis paralysée par le développement des achats transfrontaliers, sur internet et par les trafics.

C'est au plan européen qu'il faut agir. La directive de 2014 a fait l'impasse sur cette question essentielle. Il faut mettre en place un prix unique du tabac en Europe et cela, à un niveau dissuasif.

L'autre voie est celle du sevrage. La recherche contre les addictions demeure le parent pauvre de la recherche médicale alors qu'elle est un enjeu majeur dans le domaine du tabac mais aussi de l'alcool. Le Président de la République vient

d'annoncer le lancement d'une seconde vague d'investissements d'avenir. La recherche contre les addictions doit en être une des priorités.

Parfois, la solution peut aussi venir d'innovations à faible contenu scientifique. La diffusion des cigarettes dites électroniques, sans me prononcer sur leurs éventuels dangers, témoigne du désir profond des fumeurs d'en sortir.

Quand 44 000 personnes meurent chaque année en France du tabac et 10 millions dans le monde, il ne faut rien s'interdire. Certains fabricants de tabac travailleraient aujourd'hui sur des techniques visant à réduire ou supprimer la dangerosité de leur produit. Je pense notamment au tabac chauffé. Il faut ouvrir un dialogue avec eux car l'objectif n'est pas, par principe, la prohibition du tabac mais qu'il cesse de tuer.

Ma deuxième réflexion porte sur le prix et l'accès aux molécules innovantes. Les dépenses d'anti-cancéreux augmentent de plus de 6 % par an. Ce mouvement risque de s'accélérer avec les nouveaux traitements notamment d'immunothérapie dont le coût peut dépasser plusieurs dizaines de milliers d'euros mais qui ne sont efficaces que sur une partie des patients. Plutôt que de chercher à mettre sous enveloppe globale ces traitements, comme a commencé à le faire le législateur dans la dernière loi de financement de la sécurité sociale, il faut réfléchir à une autre approche privilégiant l'évaluation rapide de l'efficacité d'un traitement innovant afin de l'arrêter s'il n'est pas efficace ou s'il n'a qu'un impact marginal sur la durée de survie. Les médecins doivent être moteurs d'une telle démarche.

Ma troisième réflexion concerne l'arrivée de nouveaux acteurs dans le domaine de la thérapeutique. Il s'agit d'entreprises issues de la révolution internet. Et ce qui est intéressant dans leur approche est qu'elles associent les connaissances médicales, biologiques et génétiques avec les instruments de l'informatique et de la robotique.

Le bracelet anti-cancer de Google, qui vient de faire l'objet du dépôt d'un brevet, en est illustratif.

Il s'agit de repérer et de détruire les cellules cancéreuses dans le sang. Des nanoparticules ingérées auraient pour fonction de s'accrocher aux cellules dangereuses pour permettre leur reconnaissance. Le bracelet les détruirait par émission de radio-fréquences.

Il faut évidemment prendre avec prudence ces recherches. Comme l'a rappelé Agnès Buzyn, la Présidente de l'INCa interrogée sur ces recherches : « *Google vise à terme une prouesse technologique... Mais un diagnostic, un pronostic, une maladie s'évaluent sur de nombreux paramètres : génétiques, facteurs de risques, systèmes immunitaires. Tout cela ne peut être rapporté à une technique si performante soit-elle* ».

Mais de nouveaux acteurs, aux moyens considérables, entrent ainsi dans le domaine de la recherche contre le cancer, et dans le domaine médical en général. Il faut y être attentif car ils peuvent être à l'origine d'innovations de rupture.

Ma dernière réflexion est qu'il n'y a pas que le cancer qui justifierait une mobilisation nationale.

Je pense plus particulièrement à la souffrance et à la maladie mentale. Dans un vaste continuum allant de la petite dépression aux pathologies lourdes, ces maladies détruisent des vies, laminent des familles.

Malgré des progrès dont je peux témoigner en tant que président du conseil d'administration de l'IHU A-ICM de La Pitié-Salpêtrière, il n'y a pas de stratégie d'ensemble.

Dans son splendide tableau *La Nef des Fous*, Jérôme Bosch a parfaitement illustré la terreur des sociétés humaines face à ces maladies dont l'origine résiderait nécessairement dans les fautes et l'impiété de ceux qui en sont atteints.

En acceptant de regarder avec humanité la souffrance et la maladie mentale en se mobilisant pour les faire reculer, notre société ferait mentir l'artiste. Elle se grandirait.

À la place éminente qui est la sienne, l'Académie nationale de Médecine peut contribuer à cette prise de conscience comme elle l'a fait, avant 2002, pour le cancer.

Je vous remercie.