



Haut Conseil de la santé publique

ÉVALUATION DU PLAN CANCER NOTE D'ÉTAPE AU 26 MARS 2008

Le Haut Conseil de la santé publique a été créé par la loi du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique. Ses membres ont été nommés par arrêté du ministre chargé de la santé en date du 26 janvier 2007 (JO du 10 février 2007). Il a notamment pour mission d'évaluer la réalisation des objectifs nationaux de santé publique et des plans d'action qui y contribuent.

Le plan cancer a été annoncé par le Président de la République le 24 mars 2003. Les mesures qu'il contient s'échelonnent selon un échéancier prévu d'avril 2003 à décembre 2007. Ce plan a été repris comme l'un des cinq plans stratégiques de santé publique pour la période couverte par la loi du 9 août 2004, soit 2004-2008. Les mesures du plan cancer concernaient : l'observation de la santé, la prévention primaire (tabac, alcool, nutrition, environnement, travail), le dépistage, le soin, la formation, la recherche et la création de l'INCa.

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

Cette évaluation a débuté mi- janvier au sein du HCSP. Elle comportera deux étapes : une évaluation préliminaire de l'atteinte des objectifs de la loi relative à la santé publique portant sur la prévention et le dépistage du cancer (soit 17/100 objectifs de la loi) ; une évaluation de l'ensemble du plan pour fin 2008.

Cette note constitue la synthèse du rapport de la première étape de l'évaluation. Elle a été réalisée à partir des données publiées disponibles. A ce stade, il n'est pas possible d'attribuer les évolutions constatées au plan cancer. Les quelques grandes pistes pour l'avenir qui ont pu être dégagées restent à confirmer, compléter et affiner lors des phases suivantes de l'évaluation.

1. Evolution globale de l'incidence et de la mortalité par cancer en France

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

En outre, dans de nombreux cas, en raison de l'histoire naturelle de la maladie, le recul n'est pas suffisant pour que l'impact sur la santé soit mesurable aujourd'hui (ex : tabac et cancer du poumon).

Les principales informations, rendues publiques le 21 février 2008 par l'InVS, le réseau Francim, les hospices civils de Lyon et l'Inca, sont les suivantes :

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

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

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

Concernant la mortalité, on estime à 146 000 le nombre de personnes décédées d'un cancer en 2005 soit une augmentation de 13% depuis 1980. Cette augmentation est très inférieure à celle prévue par l'accroissement et le vieillissement de la population (37%) car le risque de mortalité a sensiblement diminué au cours de ces 25 dernières années (-24% globalement ; -29% chez l'homme et -22% chez la femme). Le cancer du poumon reste le plus meurtrier (26 624 décès en 2005) et touche majoritairement les hommes (78% des 31 000 cas en 2005). Toutefois, la mortalité par cancer du poumon diminue chez l'homme alors qu'elle augmente de façon préoccupante chez la femme entre 2000 et 2005 (+4.2% par an) en lien avec l'évolution du tabagisme.

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

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

2. Analyse des objectifs relatifs à la prévention primaire et aux facteurs de risque

Synthèse :

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

Il persiste par ailleurs un besoin de générer ou d'améliorer les systèmes d'information relatifs aux mesures des niveaux d'exposition et des comportements de la population, et des conséquences sanitaires de ces facteurs.

En matière de prévention, l'approche doit être une approche par facteur de risque, et/ou niveau d'intervention (prévention primaire), et/ou population, et non pas une approche par pathologie. Cette préoccupation doit se refléter dans le choix des institutions et structures qui seront chargées de piloter et/ou de mettre en œuvre cet aspect du futur plan. Ceci passe entre autres par une articulation avec les autres plans et programmes de santé publique, en particulier le deuxième plan national nutrition santé (PNNS 2006-10) et le plan national santé environnement (PNSE 2004-08), le nouveau plan santé des jeunes. De plus, la lutte contre le tabagisme et l'alcoolisme doit s'inscrire dans une politique globale de lutte contre les addictions, en particulier dans le cadre du Plan gouvernemental de lutte contre les drogues illicites, le tabac et l'alcool (2004-2008) et du Plan addictions (2007-2011).

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

2.1. Le tabac

Le tabac représente la première cause de cancer, et plus généralement est le premier facteur évitable de morbidité et de mortalité.

Les indicateurs sur la prévalence du tabagisme montrent que parmi l'ensemble des actions relatives à la lutte contre le tabagisme, deux ont eu un impact particulièrement important :

- l'augmentation des prix de 2003/04, qui a entraîné une diminution de la prévalence du tabagisme ;
- le décret du 15 novembre 2006, sur la baisse de l'exposition au tabagisme d'autrui. En revanche, elle ne semble avoir eu que peu d'impact sur la prévalence du tabagisme. Il est nécessaire de disposer de plus de recul pour en apprécier ces effets.

Les autres mesures relatives à la lutte contre le tabagisme ne semblent ne pas avoir eu d'impact majeur sur l'atteinte des objectifs de santé publique, si ce n'est en soutien des deux actions citées ci dessus.

Préconisations :

Les objectifs de réduction du tabagisme passif et actif se doivent d'être maintenus et actualisés.

Le suivi de l'application des mesures, en particulier l'augmentation des prix et l'interdiction totale de fumer dans les lieux publics, doit être poursuivi.

La lutte contre le tabagisme passif doit se poursuivre, par un suivi dans l'environnement public et une réflexion sur les modalités de réduction des expositions au domicile.

2.2. L'alcool :

Parmi les 45.000 décès attribuables à l'alcool (estimation 1995), 16.000 sont attribuables aux cancers. Il existe d'importantes disparités socio-professionnelles dans la consommation d'alcool.

La tendance décennale à la baisse de la consommation moyenne annuelle s'est poursuivie pendant la période du plan en raison notamment de la diminution de la consommation quotidienne qui est passée de 19% des 12-75 ans en 2000 à 14% en 2005. En revanche, la consommation à risque est stable chez l'homme, mais elle a tendance à augmenter chez la femme. Chez les jeunes, on observe une augmentation très importante de la fréquence des ivresses régulières qui concernent 1/3 des garçons et près d'une fille sur 5.

Préconisations :

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

Des objectifs et mesures devront spécifiquement prendre en compte l'augmentation de la fréquence des consommations ponctuelles importantes et de l'ivresse alcoolique, en particulier chez les jeunes, comme ceci a commencé à être fait dans le plan « Santé des jeunes » annoncé le 27 février 2008.

Les liens entre le risque d'alcoolisation excessive et les catégories socioéconomiques doivent être mieux connus.

2.3. La nutrition (alimentation et activité physique)

Outre la surmortalité cardiovasculaire, l'obésité est également associée à une augmentation du risque de certains cancers. La mortalité annuelle par cancer attribuable à l'obésité et au surpoids serait de 2.300 en France. A l'inverse, l'activité physique est aujourd'hui reconnue comme ayant un effet protecteur propre vis-à-vis de divers cancers.

Entre 2003 et 2006, il semble y avoir une inflexion de l'augmentation pondérale observée précédemment. Cependant, la prévalence de l'obésité semble poursuivre sa courbe ascendante chez la femme.

Chez l'enfant, en l'absence de données nationales de suivi de la prévalence de la surcharge pondérale, des enquêtes locales montrent de façon convergente une stabilisation, voire une baisse de la prévalence de la surcharge pondérale chez l'enfant.

En ce qui concerne l'activité physique, on peut estimer que l'objectif d'une activité physique modérée quotidienne serait d'ores et déjà atteint chez les femmes (selon des données déclaratives qui restent à consolider) mais qu'il ne le sera probablement pas en 2008 chez les hommes.

Enfin, concernant l'objectif de réduction des petits consommateurs de fruits et légumes, l'objectif est atteint chez les adultes. En revanche, il n'est pas atteint chez les enfants.

Il existe de grandes disparités de la prévalence des petits consommateurs en fonction de la catégorie socio-professionnelle. De plus, la situation semble très problématique dans les populations en situation de grande précarité.

L'ensemble des objectifs en matière de nutrition n'est pas atteint à ce jour mais les évolutions sont positives, avec une amélioration des conduites nutritionnelles et une tendance à l'inflexion de la croissance de l'obésité. En revanche, les inégalités sociales dans ce domaine se maintiennent, voire s'aggravent. Nous n'avons pas les moyens à ce jour d'attribuer ces résultats aux mesures et actions mises en œuvre. Cependant, il est fort probable que le PNNS (2001-2005) ait contribué à ces évolutions.

Préconisations :

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

2.4. Les cancers environnementaux et professionnels

La nécessité d'améliorer les connaissances sur les risques cancérigènes professionnels et environnementaux et sur l'importance des cancers liés à ces expositions est inscrite dans le Plan Cancer. A ce jour de nombreuses inconnues demeurent, qu'il s'agisse de la quantification des effets chez l'homme de toxiques connus, de l'impact de certains nouveaux produits, des effets des mélanges de substances.

Dans l'attente des résultats de l'enquête SUMER 2008, qui ne seront pas disponibles avant deux ans, il n'est pas possible aujourd'hui d'évaluer l'atteinte ou non de l'objectif réduction des effets sur la santé des travailleurs des expositions aux agents cancérogènes (cat 1 et 2) par la diminution des niveaux d'exposition.

On ne dispose pas d'informations sur les actions de réduction de l'exposition au radon dans tous les établissements d'enseignement et dans tous les établissements sanitaires et sociaux en dessous de 400 Bq/m³ (valeur guide de l'UE).

En ce qui concerne l'exposition de la population aux polluants atmosphériques, en termes de concentrations ambiantes, seul le SO₂ a connu une baisse au moins égale à l'objectif. La baisse a été plus faible pour le NO₂, nulle ou très modeste pour les PM₁₀, alors que l'ozone a augmenté.

En matière de réduction des rejets atmosphériques, l'objectif fixé par la loi de santé publique est d'ores et déjà atteint pour le benzène, le plomb, le cadmium, les composés organiques volatils. Il est en voie d'être atteint pour la dioxine. Il n'est pas atteint pour le mercure.

Concernant la qualité de l'eau, l'objectif lié à la réduction de la teneur en pesticides de l'alimentation en eau est atteint.

Préconisations :

Ces objectifs doivent être maintenus dans le principe et adaptés à l'évolution du contexte, en lien avec le deuxième PNSE et le plan de santé au travail (2005-2009). Dans tous les domaines, on note des insuffisances des systèmes d'information qui n'ont pas été conçus

pour et en général ne permettent pas de décrire de manière efficace la situation en termes de disparités géographiques (par région, ou si cela est pertinent, par bassin économique ou de population) et de disparités sociales. Dans certains cas, il n'est même pas possible en l'état des systèmes d'information de décrire la situation en termes de distribution des expositions de la population. Par ailleurs, la production des données se fait généralement selon un rythme trop long ne permettant pas de piloter les actions en s'appuyant sur l'observation des évolutions temporelles. Il est important que soient apportées des solutions à ces insuffisances, en termes de méthodes, d'organisation et de moyens consacrés à cette production des données.

3. Analyse des objectifs relatifs au dépistage

Synthèse :

Des progrès certains ont été réalisés en matière de dépistage des cancers du sein, du colon et du col de l'utérus.

Toutefois, les couvertures sont encore faibles pour ces trois dépistages, ainsi que pour le mélanome, et les inégalités sociales s'avèrent importantes.

La réduction des inégalités, l'amélioration des performances et de l'efficacité des dépistages passe par une amélioration de la complémentarité entre les deux systèmes organisé et individuel. Il faut mener une réflexion sur l'intérêt du maintien des deux systèmes et sur leur rapprochement éventuel, qui passe par une meilleure intégration des dépistages organisés au système de soin, et un cahier des charges commun en ce qui concerne la qualité.

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

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

3.1. Dépistage du cancer du sein

Le cancer du sein représentait la première cause de cancers chez la femme en 2000, Il a été prouvé que le pronostic est d'autant plus favorable que la maladie est détectée à un stade précoce. De plus, la détection précoce permet un traitement conservateur moins mutilant.

Le dépistage organisé du cancer du sein a ainsi été généralisé en 2003-2004. Il s'est accompagné toutefois du maintien du dépistage individuel en parallèle.

Entre 60% et 70% (selon les sources) des femmes de 50 à 74 ans ont passé une mammographie de dépistage en 2005. Ce taux de couverture comprend les dépistages réalisés dans le cadre des programmes (environ 2/3 du total) et les dépistages individuels. La progression de la couverture du dépistage est notable, mais l'objectif d'un taux de couverture de 80% n'est pas atteint. Il faut toutefois souligner que cet objectif était probablement trop ambitieux (Le référentiel européen mis à jour en 2006 préconise un taux de participation de la population cible supérieur ou égal à 70%).

Préconisations :

L'effort relatif au dépistage doit se poursuivre dans la durée. Il paraît plus réaliste de fixer un objectif de 70% de la population couverte ce qui correspondrait aux références internationales.

Cet objectif général doit être complété par des objectifs spécifiques visant à réduire les inégalités sociales d'accès au dépistage.

La réflexion sur une meilleure articulation des deux systèmes, individuel et organisé, qui passe par une meilleure implication du médecin traitant, doit se poursuivre. Elle peut s'appuyer sur le cahier des charges établi en 2006 en vue d'assurer la qualité du dépistage organisé, et sur l'analyse des différentes expériences en cours.

3.2. Dépistage du cancer colorectal

Entre 1978 et 2000, l'incidence du cancer colorectal a augmenté et la mortalité baissée. Cette évolution pourrait être expliquée par l'amélioration des traitements, du diagnostic précoce, et par l'influence du dépistage individuel. En termes de survie à 1 an et 5 ans, la France se situe très favorablement par rapport aux autres pays européens.

Le dépistage organisé prévoit une structure départementale de mise en œuvre.

Ce dépistage a été expérimenté dans 2 départements en 2002, puis étendu progressivement. En novembre 2007, 88 départements participaient. Il est prévu que la généralisation soit effective en juin 2008.

Préconisations :

La généralisation du dépistage étant bientôt effective, il faudrait maintenant améliorer la couverture et s'assurer du maintien de sa qualité. En effet, les critères de qualité restent améliorables. En particulier 14% des personnes ayant un test positif n'avaient pas réalisé de coloscopie

Des objectifs relatifs à la couverture effective et à la qualité devraient trouver leur place dans le futur plan cancer.

3.3. Dépistage du cancer du col de l'utérus

Le nombre de décès par cancer du col utérin est de l'ordre de 1 000 par an. La baisse de l'incidence s'est poursuivie de 2000 à 2005, à un rythme moyen de -2.25% annuel proche de l'objectif affiché de 2,5% par an. Il faut toutefois signaler que la mortalité, qui a fortement diminué avant 2000, s'est stabilisée entre 2000 et 2005.

Le lien entre une infection persistante par un papillomavirus de type oncogène et le développement d'un cancer du col utérin est bien établi.

Le dépistage est individuel. Il n'existe pas de programme national de dépistage organisé du cancer du col de l'utérus en France. Seuls 5 départements ont pris des initiatives en ce sens.

Le taux de couverture du dépistage était selon les données de la CNAMTS de 59% en 2003-2005. Il poursuit une progression régulière depuis 1995. L'objectif d'un taux de couverture de 80% ne sera pas atteint.

Préconisations :

Il est nécessaire de maintenir un objectif d'amélioration du taux de couverture, 70% étant probablement plus réaliste.

Il est indispensable d'améliorer le système d'information, permettant un suivi de l'activité de dépistage, de la qualité de cette activité, de son efficacité et de ses résultats. Ce système d'information permettrait également d'évaluer l'impact de l'arrivée de la vaccination sur les pratiques et sur les caractéristiques des lésions.

Les expérimentations actuelles du dépistage organisé, conformément au cahier des charges national, devraient être étendues. L'implication des professionnels de santé (en particulier des médecins généralistes et gynécologues) dans ces expérimentations est indispensable.

3.4. Dépistage des mélanomes cutanés

L'incidence des mélanomes a fortement augmenté de 1980 à 2000 (multiplié par 3 chez l'homme et 2,4 chez la femme). De même sa mortalité (1364 décès en 2000) a augmenté, mais a un rythme moins soutenu.

Les dernières données disponibles semblent objectiver une stabilisation, voire une diminution de l'incidence du mélanome. Une évolution similaire est apparue dans plusieurs pays, en particulier européens. En raison de la longue période d'induction et de latence de ce cancer, on peut supposer que cette évolution puisse être attribuée à un effet à long terme des politiques de prévention initiées dans les années 1960/80.

Le diagnostic précoce des mélanomes permet de réduire la mortalité liée à ce cancer. La couverture du dépistage est faible (64% des Français n'auraient jamais pratiqué de dépistage).

Il n'est pas possible d'évaluer l'amélioration ou non des conditions du dépistage à partir des informations disponibles.

Préconisations :

Conformément aux préconisations de la HAS en 2006, il conviendrait

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

4. Conclusions et préconisations pour la poursuite de l'évaluation et la définition d'un plan cancer 2

4.1. L'insuffisance du système d'information

La première leçon de cette étape d'évaluation du plan cancer est l'insuffisance notoire des informations nécessaires à l'évaluation et à la prise de décision en santé publique.

Cependant des informations existent mais sont aujourd'hui difficilement disponibles et peu exploitées, en particulier les données issues du système de soin.

Un des enjeux majeurs du futur plan, est la connaissance des actions effectuées, notamment au niveau local ou régional, de leur efficience et de leur efficacité et impact en termes de santé publique.

Le futur plan doit comporter des objectifs quantifiés relatifs à la santé et à ses déterminants.

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

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

4.2. Les étapes à venir dans l'évaluation

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

- évaluation des dispositions relatives à la prévention et au dépistage non incluses dans les objectifs de la loi relative à la santé publique
- évaluation des autres volets du plan : observation de la santé, organisation des soins, accompagnement des patients, recherche, formation, INCa

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

- la pertinence des mesures du plan cancer vis-à-vis des besoins de santé ;
- la cohérence des mesures du plan cancer vis-à-vis des autres plans nationaux ;
- la cohérence de ces mesures entre-elles (cohérence interne) ;
- la mise en œuvre des mesures et des actions ;

- l'efficacité et l'impact des mesures du plan cancer sur l'état de santé de la population, en y intégrant une déclinaison géographique et sociale.
- l'efficience de l'utilisation des ressources ;
- la qualité du fonctionnement du plan, en particulier de son pilotage.

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

- l'IGAS, à laquelle pourraient être confiées des missions concernant l'organisation des soins, la prévention et le dépistage en cancérologie (ce point figure d'ores et déjà dans le programme de travail 2008 de l'IGAS)
- l'Agence pour l'évaluation de la recherche et de l'enseignement supérieur (AERES)
- Les services compétents du ministère chargé de la recherche et de l'enseignement supérieur

La dimension interministérielle de cette évaluation doit donc être affirmée.

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

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

Annexe

les objectifs de la loi relative à la santé publique portant sur la prévention et le dépistage du cancer

Alcool :

- 1** Diminuer la consommation annuelle moyenne d'alcool par habitant de 20%
- 2** Réduire la prévalence de l'usage à risque ou nocif de l'alcool et prévenir l'installation de la dépendance.

Tabac :

- 3** Abaisser la prévalence du tabagisme (fumeurs quotidiens) de 33 à 25% chez les hommes et de 26 à 20% chez les femmes d'ici 2008 (en visant en particulier les jeunes et les catégories sociales à forte prévalence).
- 4** Réduire le tabagisme passif dans les établissements scolaires (disparition totale), les lieux de loisirs et l'environnement professionnel.

Nutrition :

- 5** Obésité : réduire de 20% la prévalence du surpoids et de l'obésité ($IMC > 25 \text{ kg/m}^2$) chez les adultes : passer de 42% en 2003 à 33% en 2008 (objectif PNNS).
- 9** Sédentarité et inactivité physique : augmenter de 25% la proportion de personnes, tous âges confondus, faisant par jour, l'équivalent d'au moins 30 minutes d'activité physique d'intensité modérée, au moins cinq fois par semaine : passer de 60% pour les hommes et 40% pour les femmes actuellement, à 75% pour les hommes et 50% pour les femmes d'ici à 2008.
- 10** Faible consommation de fruits et légumes: diminuer d'au moins 25% la prévalence des petits consommateurs de fruits et légumes : passer d'une prévalence de l'ordre de 60% en 2000 à 45% (objectif PNNS).
- 12** Obésité : interrompre la croissance de la prévalence de l'obésité et du surpoids chez les enfants (objectif PNNS).

Santé et travail :

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

Santé et environnement :

- 19** Bâtiments publics : Réduire l'exposition au radon dans tous les établissements d'enseignement et dans tous les établissements sanitaires et sociaux en dessous de 400 Bq/m³ (valeur guide de l'UE).
- 20** Réduire l'exposition de la population aux polluants atmosphériques : respecter les valeurs limites européennes 2010 (pour les polluants réglementés au plan européen, NO_x, ozone et particules en particulier) dans les villes (- 20 % par rapport à 2002).
- 21** Réduire l'exposition de la population aux polluants atmosphériques : réduire les rejets atmosphériques : -40% pour les composés organiques volatils (dont le benzène) entre 2002 et 2010 ; réduction d'un facteur 10 pour les émissions de dioxines de l'incinération et de la métallurgie entre 1997 et 2008 ; -50% pour les métaux toxiques entre 2000 et 2008.
- 22** Qualité de l'eau : Diminuer par deux d'ici 2008 le pourcentage de la population alimentée par une eau de distribution publique dont les limites de qualité ne sont pas respectées pour les paramètres microbiologiques et les pesticides.

Dépistages :

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

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

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

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