

Inégalités dans les prises en charge des cancers

Trois éléments justifient de placer la lutte contre le cancer au cœur des débats politiques en matière de santé :

- le cancer, maladie jadis rapidement mortelle, est aujourd'hui mieux dépisté et traité. Sa prise en charge s'inscrit dans le long terme ;
- le cancer est un facteur d'inégalités sociales fortes, dans ses déterminants, son dépistage et sa prise en charge ;
- enfin, le cancer a fait l'objet de politique publique de santé importante, notamment dans la loi de 2004, signalant l'importance des enjeux liés à cette pathologie.

De la maladie mortelle à la pathologie ALD

Le cancer était autrefois une maladie rapidement mortelle dans beaucoup de cas et une cause importante de mortalité. Il est devenu une maladie chronique, c'est-à-dire une pathologie prise en charge sur longue période. Le cancer (il faudrait en fait parler des cancers) est donc emblématique d'une évolution épidémiologique majeure en France mais aussi en Europe.

Ainsi, on observe une forte dynamique du progrès thérapeutique. Lorsque la pathologie est rapidement détectée, le taux de survie à cinq ans atteint jusqu'à 99 % dans le cas de nombreux cancers. La forte évolution de cette prise en charge contribue à la conception d'un nouveau paradigme des politiques de santé : c'est à partir de la demande et des besoins présents et à venir qu'il convient d'organiser l'offre de soins et les prises en charge des pathologies.

Les cancers constituent un enjeu majeur de santé publique : les tumeurs étaient en 2004 la première cause de décès pour l'ensemble de la population, soit 33 % des décès et 40 % des décès prématurés. Les cancers sont la deuxième cause d'affection de longue durée (ALD) après les maladies cardiovasculaires et l'une des causes les plus fréquentes d'hospitalisation pour les personnes de plus de 45 ans. Les hommes meurent deux fois plus du cancer que les femmes. Les taux de décès par cancer des hommes français sont supérieurs à la moyenne de l'Europe, alors que les femmes françaises ont des taux de décès par cancers inférieurs. Il faut lire ici l'effet de la mortalité due à l'alcool et au tabac, mais aussi celui des expositions

professionnelles et des comportements nutritionnels.

Le traitement de ces pathologies s'inscrit dans des périodes longues et mobilise des techniques et produits qui peuvent être coûteux, notamment la prise de médicaments innovants. C'est pourquoi il est primordial de repenser l'organisation de la prise en charge des cancers. Si la prise en charge des cancers et plus généralement des maladies chroniques ou des Affections de Longue Durée (ALD) devait se développer, du fait du nombre de cas à prendre en charge mais aussi de l'allongement de la durée des traitements et suivis, c'est toute l'économie du système qui devra être repensée.

Cancer et inégalités

Le cancer est aussi une maladie qui se développe dans un contexte de très fortes inégalités de santé. Au point de départ, ces inégalités sont d'abord liées à des facteurs d'exposition et/ou à des comportements socialement différenciés mais de plus en plus ces inégalités traduisent un mode d'accès aux services de soins. L'augmentation de la prévalence des maladies chroniques pose des problématiques d'accès aux soins (proximité géographique mais aussi accès économique). De fait l'accélération du progrès thérapeutique s'accompagne de risques importants d'inégalités croissantes dans l'accès à des soins de qualité. L'organisation du système de soins tout autant que des facteurs culturels conduisent, en l'état, à perpétuer, voire à développer ces inégalités.

Les catégories sociales les plus instruites, exerçant les professions les plus qualifiées et les ménages percevant les revenus les plus élevés sont en meilleure santé et bénéficient d'une espérance de vie plus longue que la moyenne. Ces différences figurent dans presque tous les domaines de la morbidité (maladies cardio-vasculaires, cancer, accidents, problèmes dentaires et santé mentale), mais aussi dans les recours à la prévention et aux soins. A ce dernier titre, la couverture complémentaire joue un rôle essentiel et la CMU a permis de réduire sensiblement les renoncements aux soins des ménages les plus modestes. Les problèmes de santé obèrent fortement l'insertion sociale et professionnelle des personnes qui sont déjà dans des situations socio-économiques défavorisées. Mais en ce qui concerne les cancers, « l'après cancer » peut s'avérer être un facteur important de désocialisation. Et en fin de compte, le cancer peut mettre en situation de désocialisation des personnes *a priori* bien « insérées » socialement.

En ce qui concerne le cancer du sein, les inégalités sociales de mortalité combinent deux situations opposées. Les femmes de situation sociale élevée présentent les taux d'incidence en matière de cancer du sein les plus élevés, mais aussi la meilleure survie. Les femmes de situation sociale modeste présentent une moindre incidence en la matière, mais une plus forte mortalité. La distribution sociale de l'âge à la première grossesse et du nombre de grossesses explique en grande partie cette disparité. Les femmes de situation sociale défavorisée ont en moyenne leurs grossesses plus tôt et davantage d'enfants, deux éléments qui protègent du cancer du sein. En ce qui concerne la survie, lorsque le cancer est diagnostiqué, les différences d'accès aux soins ainsi que le recours au dépistage jouent en faveur des femmes dont la situation sociale est favorisée.

La mortalité prématurée « évitable », notamment liée aux cancers, est nettement moins

bonne en France que chez nos voisins. Cette surmortalité touche surtout les hommes, dont le taux de mortalité prématuré est 2,2 fois supérieur à celui des femmes. En 2003, parmi les 25 pays de l'Union européenne, le taux de mortalité « évitable » des hommes en France est l'un des plus élevés de l'Union européenne, devant le Portugal, le Luxembourg, le Royaume-Uni, où le taux de mortalité prématuré est moitié moindre que celui de la France.

Les cancers sont une des causes principales de mortalité prématurée. Ils figurent aussi parmi les principales inégalités sociales de mortalité en Europe. Ceci est particulièrement vrai chez les femmes pour lesquelles ces pathologies expliquent 60 % des différences de mortalité entre celles ayant un niveau scolaire élevé et celles ayant un faible niveau scolaire (contre 40 % chez les hommes). Ces pathologies sont un marqueur social plus fort dans l'Europe du Nord que dans celle du Sud, France y compris, dessinant une frontière Nord-Sud des types d'inégalités de mortalité en Europe.

Dans les années 1980 et 1990, la contribution des cancers aux inégalités de mortalité est de 24 % chez les hommes et 11 % chez les femmes. Le facteur social est particulièrement fort en ce qui concerne les cancers du poumon dans la plupart des pays, les cancers du foie pour les hommes et de l'œsophage, de l'estomac et de l'utérus pour les femmes. Les inégalités sociales de mortalité par cancer du sein, aux dépens des groupes les plus défavorisés dans les années 1980, ont disparu dans certains pays, comme en France pour les femmes de 20 à 79 ans. Ce qui démontre que lorsqu'une politique de prévention est menée, ses effets se font sentir assez rapidement. Mais en raison de l'accroissement des risques de mortalité par cancers du poumon pour les plus défavorisés dans les années 1980, le cancer reste l'une des premières causes d'inégalités face à la mort chez les hommes.

En France, la consommation à risque d'alcool reste encore très importante, surtout chez les hommes. Or, l'excès de consommation d'alcool explique une part importante de la morbidité par cancers notamment. Ce sont les agriculteurs, les artisans, les commerçants et les ouvriers non qualifiés qui sont le plus touchés par le risque d'alcoolisation excessive chronique. Les quantités d'alcool consommées sur le territoire français ont certes baissé d'environ 10 % entre 1999 et 2006, en raison surtout de la baisse tendancielle de la consommation de vin. Mais la France figure toujours parmi les pays de l'Union européenne les plus consommateurs d'alcool.

Les politiques de lutte contre le cancer

Il faut bien poser les termes du débat, notamment en ce qui concerne les politiques prévention et de dépistage. Ainsi, si une politique de dépistage du cancer réduit les inégalités de santé et de mortalité, les politiques de prévention, contre le tabac, l'alcool, ou les comportements alimentaires à risque, augmentent en revanche les inégalités sociales de santé. C'est-à-dire que les politiques de prévention n'atteignent pas toutes leurs cibles de la même manière. Ainsi, la consommation de tabac diminue plus vite chez les cadres que chez les personnes les plus modestes. Il faut repenser les politiques de prévention pour qu'elles soient efficaces vis-à-vis des populations les plus défavorisées. Il en est de même en matière de nutrition : difficile de recommander la consommation de cinq fruits et légumes par jour lorsque leurs prix augmentent plus vite que le pouvoir d'achat des revenus modestes. La

prévention doit mieux tenir compte des contraintes que subissent les catégories sociales les plus modestes.

Les déterminants de santé en termes de comportements de consommation ou de conditions de vie comme la consommation de tabac, d'alcool, les habitudes nutritionnelles et les expositions professionnelles à des produits chimiques toxiques, ont un effet très fort sur la maladie et son évolution. Le développement d'approches préventives et d'éducation thérapeutique est donc nécessaire. La question d'une obligation d'une prise en charge pluridisciplinaire et d'un effort de coordination entre professionnels de santé dans la durée doit donc être également posée.

Le dépistage précoce de certains cancers permet ainsi de réduire leur gravité. C'est le cas en particulier du cancer du sein et du col de l'utérus chez les femmes. Il existe d'ailleurs des disparités en fonction de l'âge, les femmes les plus âgées ayant moins bénéficié de dépistages. Mais des disparités par catégorie socioprofessionnelle persistent aussi. Le taux de couverture en matière de dépistage au sein des classes sociales les plus défavorisées est plus faible, même si les disparités socio-économiques semblent se réduire progressivement. Et les femmes n'ayant pas de couverture santé complémentaire ont un taux de couverture (dépistage) faible.

Enfin, le cancer a fait l'objet de politiques publiques très ambitieuses : le deuxième plan cancer est un des quatre plans majeurs de la loi de santé publique de 2004. Un troisième plan cancer est en cours de préparation sur la base d'un bilan approfondi du premier. L'évaluation du Haut Conseil de la Santé Publique (HCSP) et le rapport pour « un nouvel élan du Plan cancer » (Plan II 2009/2013) du Professeur Grunfeld apportent ainsi des éclairages intéressants sur ce qui reste à faire dans des domaines aussi essentiels que la recherche, la prévention, la participation des médecins généralistes et plus généralement la capacité à réduire les inégalités d'accès à des soins de qualité.

Les traitements et les pratiques de dépistage se sont améliorés, ce qui pourrait augmenter les inégalités sociales de mortalité si l'accès au traitement, la qualité du traitement et le dépistage sont liés à la situation sociale.

La mortalité de maladies cardiovasculaires et de certains cancers (estomac, cancers de l'utérus, cancers liés à l'alcool chez les hommes) a été certes réduite. Il importe donc d'examiner si les catégories sociales ont bénéficié de manière homogène de ce progrès. Or, plusieurs études menées en Europe, au moins dans six pays, concluent au mieux à un maintien des écarts de mortalité, sinon à une aggravation des inégalités. En effet, la moindre mortalité prématurée s'explique par la sensibilisation des populations aux différents facteurs de risque, comme la consommation de tabac ou d'alcool. Mais ces campagnes ont surtout porté au sein des catégories les plus favorisées, creusant l'écart avec les personnes les moins favorisées.

François Hada
Directeur des études,
Groupe socialiste de l'Assemblée nationale