



ASSEMBLÉE NATIONALE

13ème législature

cancer

Question écrite n° 3906

Texte de la question

M. Christian Vanneste interroge Mme la ministre de la santé, de la jeunesse et des sports sur des disparités régionales très importantes en terme de mortalité ou d'offres de soins concernant le cancer. Ainsi, le département du Nord souffre d'une surmortalité par rapport à la moyenne nationale, à hauteur de 44 % ; alors que les régions du Sud connaissent beaucoup moins ce problème (sous-mortalité de - 29 % en Corse). Quant à la moyenne nationale du délai d'attente pour un scanner (31 jours), elle cache une amplitude de 3 à 180 jours. Il souhaiterait connaître les mesures pour remédier à cette situation.

Texte de la réponse

Le cancer constitue une priorité nationale de santé publique qui a motivé la mise en place d'un Plan national. Aujourd'hui un tiers des décès sont dus aux cancers. Au niveau national le risque de décès par cancer diminue, mais les situations peuvent être différentes, surtout au niveau local. Les disparités régionales de la mortalité par cancer s'atténuent légèrement mais demeurent importantes : le Nord et l'Est de la France sont caractérisés par des niveaux élevés de mortalité tandis que le Sud-Ouest, le pourtour méditerranéen et la vallée du Rhône sont des régions de faible mortalité. Ainsi pour le cancer du poumon, qui reste la première cause de mortalité par cancer, la seule arme pour lutter efficacement contre ce fléau reste l'arrêt du tabac à tout âge. L'examen des disparités géographiques de la mortalité suggère des explications aux évolutions en cours. Face à la mortalité masculine par cancer broncho-pulmonaire, les régions sont très inégales : les taux forts du Nord-Est s'opposent aux taux faibles du reste de la France. Les façades maritimes sont également des zones de nette surmortalité. Cette opposition renvoie à l'histoire urbaine et industrielle des régions à taux fort (industrie lourde du Nord-Est, chantiers navals ailleurs). En effet, les facteurs environnementaux ou associés aux comportements humains représentent entre les deux tiers et les quatre cinquième de l'étiologie des pathologies cancéreuses. Les principaux facteurs connus sont le tabac, l'alcool, les facteurs nutritionnels, professionnels et environnementaux. Parmi les 70 mesures du plan gouvernemental de mobilisation nationale de lutte contre le cancer 2003-2007, 24 sont relatives à la prévention. Ainsi une politique volontariste de lutte contre le tabagisme a été mise en oeuvre au niveau national dans le cadre d'une stratégie globale (actions législatives, fiscales, informations du public, traitement de la dépendance tabagique) en ligne avec les obligations prévues par la convention cadre pour la lutte antitabac (CCLAT). Cette stratégie globale a donné des résultats encourageants puisque, en 2005, on compte 1,4 million de fumeurs en moins qu'en 2000. Par ailleurs la consommation excessive d'alcool, qui est la deuxième cause de mortalité évitable en France, est la cause directe ou indirecte de 45 000 décès par an. En 2002, plus de 22 000 décès ont été directement attribués à l'alcool dont la moitié par cancer des voies aérodigestives supérieures. Sont également concerné les cancers du foie, du rein et du côlon-rectum. Les états généraux de l'alcool (EGA) de 2006 ont suscité de fortes attentes de la part des citoyens pour le renforcement de l'action publique dans ce domaine. Par ailleurs, l'institut de veille sanitaire a renforcé les connaissances des expositions aux cancérogènes professionnels, permettant ainsi de mieux cerner le poids de facteurs professionnels et de mettre en oeuvre des mesures adaptées pour chacun. La région Nord-Pas-de-Calais figure parmi les régions les plus affectées par les cancers. Plus de 18 000 nouveaux cas de cancers sont dénombrés

chaque année. Le taux d'incidence standardisée y est plus élevé que la moyenne française chez les hommes comme chez les femmes : le taux comparatif d'incidence du cancer était, en 2000, de 669 pour 100 000 chez les hommes (504 en France métropolitaine) et de 372 pour 100 000 chez les femmes (309 en France métropolitaine). Cette surincidence concerne la plupart des localisations. Chez les hommes l'indice de morbidité se situait en 2004 au dessus de la moyenne française : 122 pour le cancer de la prostate, 144 pour le cancer colorectal, 246 pour le cancer des voies aéro-digestives supérieures (VADS). Chez les femmes la situation est similaire : 114 pour le sein, 120 pour le cancer de l'utérus, 121 pour le cancer colorectal. En termes de mortalité la situation est également défavorable et on observe une surmortalité par cancer tous âges confondus mais également une surmortalité prématurée (avant 65 ans). En 2002, la région présentait l'indice comparatif de mortalité (ICM) le plus élevé par rapport aux autres régions françaises : 148 chez les hommes et 120 chez les femmes. Face à ce contexte épidémiologique défavorable, le Nord-Pas-de-Calais s'est mobilisé autour de la problématique du cancer. Le lancement du Plan national de lutte contre le cancer a renforcé considérablement la prise en compte de cette problématique déjà retenue comme priorité de santé dès 1996 lors de la première conférence régionale de santé. En 1997, l'agence régionale de l'hospitalisation (ARH) et la direction régionale des affaires sanitaires et sociales (DRASS) ont lancé des travaux de programmation des actions de santé autour du cancer ainsi que la révision du schéma régional d'organisation sanitaire (SROS). C'est ainsi qu'a été adopté en janvier 1999 un programme régional de santé (PRS) axé sur la prévention du cancer, le programme « Challenge ». Après une première étape de trois ans, le programme a été réactualisé pour une nouvelle durée de 5 ans soit jusqu'en 2006. Le Plan national de lutte contre le cancer 2003-2007 et la loi du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique ont impulsé une nouvelle dynamique avec l'élaboration du plan régional de santé publique (PRSP), la révision du SROS et la mise en place d'une « Charte de promotion et d'amélioration de la santé des habitants du Nord-Pas-de-Calais ». La déclinaison de cette politique régionale s'est traduite par la mise en oeuvre d'actions volontaristes dans l'ensemble des territoires de la région. Entre 2000 et 2006, 4 707 293 euros ont été attribués aux 489 actions retenues dans le cadre du PRS cancer soit 11,8 % du total des subventions accordées par le ministère de la santé à l'ensemble des PRS. Il convient d'y ajouter une partie des 8 755 916 euros allouées à la prévention des conduites de consommation à risque liées au tabac et à la consommation d'alcool, principaux facteurs de risque des cancers. L'Etat, l'assurance maladie et les conseils généraux contribuent chacun au financement des structures chargées de la gestion du dépistage organisé des cancers. Pour sa part, en 2007, un montant global de plus de 9 000 000 d'euros. Ces crédits ont contribué, notamment, au développement des réunions de concertations pluridisciplinaires (RCP) et du dispositif d'annonce dans les établissements de soins. En ce qui concerne le délai d'attente pour un scanner, la mesure 44 du Plan national de lutte contre le cancer a prévu d'augmenter nettement le nombre d'appareils de diagnostic et de suivi des cancers (IRM, scanner, TEP) avec les moyens et ressources humaines adéquates, afin de réduire les attentes à l'accès de ces dispositifs et de favoriser des diagnostics plus précoces, en particulier pour les cancers de l'enfant et les cancers à évolution rapide. L'objectif minimum d'un scanner pour 100 000 habitants est atteint au niveau national en terme d'autorisations. Concernant leur installation effective, il est possible d'affirmer que les objectifs fixés par le Plan cancer ont été largement atteints voire dépassés. A titre d'exemple, fin 2006, sur les 842 appareils autorisés, 738 étaient opérationnels, soit un taux de près de 88 %. Concernant la réduction des délais de rendez-vous et la permanence des soins, ce sont les objectifs prioritaires du volet imagerie du SROS 3 pour les agences régionales de l'hospitalisation (ARH) qui préconisent le regroupement des équipements afin de favoriser la complémentarité et la substitution entre les techniques d'imagerie, la mutualisation des ressources humaines avec des équipes compétentes en nombre suffisant pour optimiser les plateaux techniques d'imagerie. Pour l'IRM, l'adossement à un établissement de santé, la formalisation des coopérations de co-utilisation de l'appareil, le dimensionnement de l'équipe et l'organisation de l'activité en urgence et en programme sont des critères déterminants dans l'attribution des autorisations.

Données clés

Auteur : [M. Christian Vanneste](#)

Circonscription : Nord (10^e circonscription) - Union pour un Mouvement Populaire

Type de question : Question écrite

Numéro de la question : 3906

Rubrique : Santé

Ministère interrogé : Santé, jeunesse et sports

Ministère attributaire : Santé, jeunesse, sports et vie associative

Date(s) clé(e)s

Question publiée le : 4 septembre 2007, page 5430

Réponse publiée le : 17 juin 2008, page 5230