

Les inégalités en matière de soins et de prévention du cancer en France : éléments de diagnostic



CHANTAL CASES

Directrice de l'INED

Le cancer n'atteint pas également les différents milieux sociaux



▣ **Les cancers tuent de moins en moins quand on s'élève dans l'échelle sociale**

Cf.
« Inégaux
face à la
santé »,
Leclerc *et*
al., 2008

- Surtout pour les hommes (mortalité x2 pour les hommes sans diplôme)
- Notamment pour les cancers VADS (mortalité x10 pour le pharynx, x3.5 pour le poumon), mais pas de différence pour le colon
- Mais les femmes aussi sont concernées : mortalité x1,9 pour l'utérus, x3,5 pour le poumon, mais inférieure pour le cancer du sein

▣ **Les écarts sociaux sur le risque d'être atteint varient selon la localisation du cancer**

- Œsophage, VADS, col de l'utérus : plus fréquents en bas de l'échelle sociale
- Colon, sein : plus fréquents en haut de l'échelle sociale

▣ **Des différences sociales de survie** sont observées

▣ **Les écarts de mortalité entre niveaux d'éducation ont eu tendance à s'aggraver dans le dernier quart de siècle**

- Appartenir à une catégorie sociale modeste a cessé d'être une « protection » contre la mortalité par cancer du sein dans les années récentes

Les causes de ces inégalités sont complexes



- ▣ Elles se situent en partie en **amont du système de soins** : **modes de vie** (alcool, tabac,...), mais aussi **environnement de vie et de travail**
 - le risque de cancer VADS est multiplié par 1.9 entre un travailleur manuel et non manuel à consommation d'alcool et de tabac identique
 - Pour le cancer du sein : modes de vie (le risque d'incidence est moindre chez les femmes ayant eu leur premier enfant tôt), environnement de vie, mais aussi précocité du dépistage
- ▣ Mais il existe également des écarts **au sein du système de soins**
 - même si la performance globale du système de soins et de protection sociale est très satisfaisante en France
 - Ce qui se traduit **en moyenne** par une survie à 5 ans relativement favorable en Europe

De nettes différences dans la consommation de soins spécialisés



- **Un niveau de revenu élevé et le bénéfice d'une complémentaire s'accompagnent d'un niveau de consommation de soins plus important** (Raynaud, 2005)
 - Connaissance du système de soins
 - Rapport à la maladie et au futur
 - Coût des soins, reste à charge => renoncements
 - Accessibilité géographique
 - Distance sociale avec le médecin
- **Des parcours de soins différenciés**
 - Dans le rural moins de recours aux filières spécialisées, une survie moins favorable
 - Un diagnostic plus tardif dans les zones socialement défavorisées

Un accès différencié au dépistage et à la prévention



- Le dépistage individuel ou organisé est plus fréquent pour les catégories sociales ou niveaux d'éducation élevés
 - Qui ont davantage de contacts avec le système de soins et donc d'occasions de se le voir proposer
 - Qui vivent dans des territoires où l'offre est plus dense
- Mais ces inégalités ne sont pas irréductibles
 - Exemple du dépistage organisé du cancer du sein 2000-2005 (Baudier et al., 2007)
- Les messages et actions de prévention profitent davantage aux plus favorisés
 - Exemple de la lutte anti-tabac ou de la nutrition

Le vécu du traitement est plus difficile dans certains milieux sociaux



Source:
DREES,
Enquête
nationale sur
les conditions
de vie des
personnes
atteintes d'une
maladie
longue
ou chronique,
2004

- En 2004, deux ans après le diagnostic, une faible proportion des malades (6%) se déclaraient insatisfaits du suivi médical et de l'information reçue
- Mais toutes choses égales par ailleurs :
 - La **brutalité de l'annonce** de la maladie est davantage perçue par les femmes, les personnes de niveau d'étude en dessous du baccalauréat, les agriculteurs et ouvriers
 - Les personnes de faibles revenus souhaiteraient **plus souvent voir leur médecin** pour le suivi de leur maladie ou recevoir une aide psychologique
 - **L'insatisfaction par rapport au système de soins**, quand elle s'exprime, ne l'est pas seulement par les plus éduqués et favorisés, mais aussi voire surtout, **par les personnes dans les situations socialement les plus vulnérables**
- Il existe cependant une nette **variabilité des préférences** et des besoins des personnes atteintes sur les besoins d'information et la participation aux choix de traitement

Conclusion : le cancer, une illustration frappante de la persistance des inégalités de santé



- C'est l'une des pathologies qui contribuent le plus aux inégalités de mortalité
 - Les inégalités sociales en sont en partie la cause
- Mais le cancer renforce aussi les inégalités sociales
 - Des difficultés économiques sont d'abord liées aux **effets de la maladie sur l'activité professionnelle**
 - Des conséquences ni présentes, ni identiques, pour tous : les **obstacles sont plus nombreux pour les catégories sociales plus défavorisées**, dont le revenu initial était plus bas, le statut d'emploi souvent moins protecteur et la maladie souvent plus grave
- Les politiques de santé ne sont pas seules à mobiliser...
- ... mais elles peuvent contribuer à corriger certaines iniquités et à ne en pas créer de nouvelles !