



## **Chantal Cases**

Directrice de l'Institut national d'études  
démographiques (INED)

# Les inégalités sociales face au cancer en France : éléments de diagnostic

---

**Chantal Cases**

directrice de l'IRDES

# 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**
  - 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)
- **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 sur les cancers de bon pronostic**
- **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

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

Cf. « les affections de longue durée des bénéficiaires de la CMUC », Païta *et al.*, CNAMTS

# 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
- Mais il existe également des écarts **au sein du système de soins...**
  - dans l'accès aux dépistages précoces (organisés ou individuels) et aux soins
  - dans les trajectoires de prise en charge
  - dans la compréhension du système et de la maladie
- ...même si la performance globale du système de soins et de protection sociale est très satisfaisante en France

# 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

# Deux ans après, subsiste un gradient social de qualité de vie

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

- **La qualité de vie physique** des personnes atteintes, deux ans après leur diagnostic, mesurée par le score SF-36, est majoritairement expliquée par les variables sociodémographiques et montre un **gradient social** (selon le diplôme, l'activité, la catégorie sociale)
- **La qualité de vie mentale** est surtout liée aux séquelles et peu au niveau social
- **L'ajustement mental** au cancer (échelle Mac 21) est davantage caractérisé par la combativité pour les catégories sociales favorisées, par la détresse pour les autres

# La maladie cancéreuse peut aussi être à l'origine d'un processus de paupérisation

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

- Etre atteint de cancer signifie une **diminution de ses ressources et de sa capacité à accéder au crédit** pour une part significative des malades
  - ces difficultés économiques sont d'abord liées aux effets de la maladie sur l'activité professionnelle
  - ces conséquences ne sont 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 personnes élaborent alors des **stratégies spécifiques** de « gestion » des conséquences de leur maladie

# Conclusion

---

- Ces inégalités, qui sont le plus souvent des iniquités, montrent que des politiques spécifiques doivent être élaborées
- Ces politiques doivent impliquer tous les acteurs et dépassent le seul monde professionnel de la santé, mais le concernent aussi au premier chef
- Le second plan cancer devrait en faire un de ses axes stratégiques