

# Réduire les inégalités : un des objectifs principaux du Plan cancer 2009-2013

**Les inégalités sociales de santé se manifestent par un risque de mortalité par cancer quatre fois plus élevé chez les chômeurs et les ouvriers que pour les cadres. Le Plan cancer 2009-2013 propose plusieurs pistes.**

**Jean-Pierre Grünfeld**

PU-PH, auteur du rapport  
*Recommandations pour le Plan cancer  
2009-2013 : pour un nouvel élan,*  
hôpital Necker, université Paris Descartes

Préparer un plan de santé oblige à tenir compte à la fois des exigences d'une médecine personnalisée, individuelle, et de celles d'une médecine de santé publique, plus collective. Les inégalités de santé se situent à la confluence de ces deux courants.

Dans le Plan 2009-2013 consacré au cancer, il était impossible de ne pas être confronté à ces inégalités : en effet, malgré les progrès thérapeutiques enregistrés dans les dernières décennies, le cancer reste une cause majeure de mortalité en France. L'indice relatif d'inégalités selon le niveau d'études est parmi les plus élevés d'Europe, chez les hommes comme chez les femmes<sup>1</sup> ; le risque relatif de mortalité par cancer est inversement corrélé à la catégorie socioprofessionnelle (plus élevé, d'un facteur 4, chez les chômeurs et les ouvriers que chez les cadres). Enfin, l'évolution des inégalités sociales de mortalité par cancer en France montre que ces inégalités ne s'effacent pas au cours du temps. Pour le cancer des voies aérodigestives supérieures (VADS), fortement marqué par les inégalités sociales, fortement dépendant de la consommation de tabac et d'alcool, et d'un pronostic sombre, l'indice relatif d'inégalités selon le niveau d'études était d'environ 6 entre 1982-1988 et est au même niveau entre 1999 et 2007 chez les hommes. Pour le cancer du poumon, le même indice est passé de 2 à 3. Fait remarquable et inquiétant, la même tendance s'amorce chez les femmes : l'indice d'inégalité passe de 2 à 3 pour les VADS entre 1990-1996 et 1999-2007. Cela va de pair avec l'extension du tabagisme chez la femme dans les décennies précédentes (même

si certains cancers VADS semblent induits par le papillomavirus humain, notamment chez les femmes qui ne fument pas). Parallèlement émerge chez la femme la mortalité par cancer du poumon, avec un indice d'inégalité de 3 dans les dernières années<sup>2</sup>. Dernière inégalité, l'exposition professionnelle aux cancérrogènes qui touche les ouvriers et non les cadres.

S'engager dans la réduction des inégalités sociales de santé est un défi tant sont nombreux les déterminants sociaux et sanitaires qui les génèrent. L'impulsion donnée par l'OMS à la suite des efforts de Sir Michael Marmot, relayée en France par le Haut Conseil de la santé publique, nous y incite à l'aide de formules : « *Sortir de la fatalité* » pour le HCSP, « *Tacler les inégalités* » pour les recommandations britanniques – deux métaphores fortes dans deux domaines différents. Se résigner ou non aux inégalités de santé ? Certes les corriger, mais aussi les prévenir : les objectifs se recoupent, mais les moyens et les stratégies se distinguent.

Réduire les inégalités sociales face au cancer implique deux étapes :

1. Analyser les inégalités pour les comprendre et proposer des solutions, grâce aux recherches en santé publique, en épidémiologie sociale (par exemple, pour distinguer les effets des inégalités sur l'incidence et sur la survie, etc.), en psychologie sociale, en sociologie, en anthropologie et dans d'autres domaines interdisciplinaires des sciences humaines, sociales et médicales.

2. Agir, concevoir et appliquer une recherche

2. Luce D., Chastang J.F., Menvielle G., Leclerc A. Colloque Institut national du cancer, octobre 2010.

1. Menvielle et al. *Brit J Cancer*, 2008



interventionnelle ou recherche-action, et en évaluer les effets. Un récent appel d'offres de l'INCa sur ce thème n'a reçu que 8 projets, dont 3 ont été retenus. Peu d'équipes en France sont armées pour affronter ce type de recherche. L'expérience acquise dans d'autres pays (Pays-Bas, Royaume-Uni, Canada) est précieuse pour développer cette recherche interventionnelle.

### Les inégalités face à la prévention et au dépistage

Les inégalités sociales face au cancer touchent la prévention, primaire (maîtriser les facteurs de risque) et secondaire (les dépistages). La lutte contre le tabagisme (responsable d'environ 30 % des cancers) marque le pas (voir les résultats récents du *Baromètre santé 2010*, et la fiche repère INCa « Cancers et tabac chez les femmes », mai 2010) : le nombre des fumeurs a augmenté de près de 2 points entre 2005 et 2010, passant de 31,8 à 33,6 %. Ce sont les femmes qui sont le plus touchées (de 23 à 25,7 %), et plus spécialement les femmes de 45 à 54 ans dont le pourcentage de fumeuses quotidiennes a augmenté d'environ 7 %. Ce sont les chômeurs qui fument le plus (près de 50 % en 2010) ; les ouvrières, les ouvriers et les non-diplômé(e)s fument plus que les personnes appartenant aux autres catégories sociales. Ne pas se résigner : parmi les actions possibles, la hausse des taxes de 10 %, mais à condition de réduire le tabagisme chez les personnes dont la situation sociale est la plus précaire ; présenter le fumeur non comme un

coupable, mais comme une victime de l'industrie du tabac ; cibler les actions vers les plus exposé(e)s au risque avec l'aide des spécialistes des sciences humaines et sociales (SHS) et de santé publique ; promouvoir la recherche sur les addictions, etc. Parmi les autres facteurs de risque de cancer (outre l'alcool, la sédentarité et l'exposition aux rayons ultra-violet A), l'excès de poids et l'obésité sont fortement marqués par les inégalités d'éducation et de ressources. Enfin, les expositions professionnelles aux substances cancérigènes menacent davantage les ouvriers que les cadres (fiche repère INCa, mars 2010, « Cancers professionnels et inégalités sociales »).

Les inégalités sociales marquent également le parcours de soins, plus spécialement l'accès aux centres de soins en fonction des conditions géographiques, comme l'ont bien montré les travaux de Guy Launoy et coll. dans le *Calvados*. Les possibilités offertes par les méthodes modernes de géo-localisation devraient permettre de mieux guider l'accès aux soins, selon la distribution des patients, des médecins et des établissements de santé.

Le dépistage organisé, national et gratuit concerne le cancer du sein et le cancer colorectal ; le dépistage du cancer du col de l'utérus est également organisé dans quelques départements. Ce type de dépistage est non seulement le gage d'un diagnostic précoce, garant d'un bon pronostic, mais aussi un outil d'égalité. En fait, le dépistage organisé est en lui-même à l'origine de disparités selon les territoires et les groupes socio-éducatifs : la

participation et la fidélisation au dépistage sont plus élevées chez les personnes dont le niveau éducatif et/ou de ressources économiques est le meilleur. Si l'on souhaite améliorer encore l'efficacité des dépistages, il faut les cibler sur les personnes qui y échappent jusqu'à présent. Diverses expérimentations sont en cours pour améliorer l'information vers ces personnes et mieux les « accompagner » vers les centres de dépistage. Le médecin traitant a un rôle essentiel dans le parcours de dépistage.

La correction des inégalités sociales de santé est une œuvre de longue haleine, s'étendant sur plusieurs décennies, bien au-delà d'un plan de cinq ans. Pour le cancer (comme pour d'autres maladies), cet engagement doit concerner toutes les étapes du parcours de prévention et de soins. Il doit également tenir compte des situations propres à chaque territoire (par exemple, la structure de la population, le pourcentage et la distribution des populations les plus vulnérables, âgées, handicapées, isolées ou démunies, les particularités du territoire liées à son passé industriel ou à ses habitudes alimentaires, etc.) et des initiatives locales. C'est pourquoi les efforts doivent fédérer les agences régionales de santé, les collectivités locales, les associations de patients, les groupes de personnes engagées dans l'éducation et la promotion de la santé, les chercheurs en SHS et en santé publique, et les professionnels de santé, tous encadrés par une volonté nationale et persuadés de la nécessité d'évaluer les actions entreprises.