

Synthèse de la table ronde : « Mieux comprendre les inégalités de santé pour mieux les combattre »

Le thème de la première table ronde de la matinée, animée par Paul Benkimoun, était : « Mieux comprendre les inégalités de santé pour mieux les combattre ». Ces inégalités concernent la prévalence, la prévention, le dépistage, et l'accès aux soins et à l'innovation.

Directrice de l'Institut National d'Etudes Démographiques (INED), Chantal Cases a constaté que le cancer n'atteint pas de façon égale les différents milieux sociaux. La mortalité par cancer est moins forte quand on s'élève dans l'échelle sociale et à l'inverse, multipliée par deux chez les hommes sans diplôme. Deux exemples sont particulièrement frappants : dans les classes défavorisées, la mortalité par cancer du pharynx est multipliée par 10 ; celle imputable au cancer du poumon par 3,5.

Ces écarts sociaux portent également sur le risque d'être atteint d'un cancer, qui diffère selon la localisation de la maladie : les cancers de l'œsophage, des VADS et du col de l'utérus sont plus fréquents en bas de l'échelle sociale, ceux du côlon et du sein en haut de cette échelle. On observe également que les écarts de mortalité selon le niveau d'éducation ont eu tendance à s'aggraver dans le dernier quart de siècle.

Les causes de ces inégalités sont complexes et se situent souvent en amont du système de soins. Il s'agit du mode de vie, de l'environnement de vie et de travail : à consommation d'alcool et de tabac identique, le risque de cancer des VADS est multiplié par 1,9 chez un travailleur manuel par rapport à un non-manuel.

On observe aussi des écarts au sein du système de soins, qu'il s'agisse de l'accès au dépistage, des trajectoires de prise en charge ou de la compréhension du système de soins et de la maladie.

Une enquête de la DREES réalisée en 2004 montre certes, que si seulement 6% des malades se déclarent insatisfaits du suivi médical et de l'information reçue, la brutalité de l'annonce est davantage perçue par les femmes, les agriculteurs et les ouvriers. Ce sont surtout les personnes les plus vulnérables socialement qui expriment cette insatisfaction, celles à faibles revenus souhaiteraient voir leur médecin plus souvent pour le suivi de leur maladie ou recevoir une aide psychologique.

Un gradient social de qualité de vie (selon le diplôme, l'activité ou la catégorie sociale) subsiste deux ans après le diagnostic. Chantal Cases a également indiqué que le cancer pouvait être à l'origine d'un processus de paupérisation du fait d'une diminution des ressources et des capacités à accéder au crédit. A ses yeux, ces inégalités rendent nécessaire la mise en place de politiques spécifiques pour les combattre et doivent constituer un des axes stratégiques du second Plan cancer.

Le Pr. Jean-Paul Moatti (Professeur d'économie ; Université de la Méditerranée, Aix-Marseille II) s'est félicité de voir que la lutte contre les inégalités sociales était au premier plan des recommandations du Pr. Grünfeld. Il retient trois messages-clés dans le domaine des sciences humaines et sociales :

- les variations des accès aux soins entraînent des inégalités de mortalité. La surmortalité se situe souvent en amont de la prise en charge de la maladie du fait

du cumul des facteurs de risque. On observe là un échec relatif de la prévention et du dépistage ;

- la prévention peut augmenter les inégalités. La lutte contre le tabagisme par exemple est un succès dans les classes favorisées, pas chez les ouvriers et les chômeurs ;
- les mesures de prévention, telle l'augmentation du prix du tabac, peuvent aggraver les inégalités économiques.

Dominique Polton (Directrice de la stratégie, des études et des statistiques à la CNAMTS) a expliqué que ces inégalités n'étaient pas globalement spécifiques au cancer. On les retrouve dans d'autres affections, les maladies cardiovasculaires par exemple. Mais elles s'accroissent en France en raison de l'incidence croissante du cancer.

Le dernier orateur de cette table ronde, le Pr. Thierry Lang (Professeur d'épidémiologie, Université Toulouse Purpan), a énuméré quelques-unes des pistes à suivre pour disposer des informations nécessaires pour réduire ces inégalités. Il regrette par exemple que les certificats de décès ne comportent pas d'indication de la catégorie sociale lorsque le décès survient après 64 ans. On manque aussi de données sociales, et il est également nécessaire d'apparier les fichiers des institutions sanitaires.

A la suite de cette table ronde, une personne dans la salle a regretté que les acteurs de la prévention n'adaptent pas assez leur discours en fonction des milieux socio-économiques. En réponse à une autre question, J-P Moatti a indiqué que l'INCa finançait des recherches en SHS, mais qu'il était nécessaire de proposer des carrières aux chercheurs afin d'avoir une politique de recherche efficace. Il est aussi important de publier dans des revues de haut niveau, à comité de lecture.