



MODULE INTERPROFESSIONNEL DE SANTÉ PUBLIQUE

– 2010 –

**LES INÉGALITÉS SOCIALES DE SANTÉ (ISS), UN
ENJEU MAJEUR DANS LA DÉFINITION DE LA
POLITIQUE DE SANTÉ PUBLIQUE**

– Groupe n° 21 –

- Laure BONNET
- Pascal BOUDIN
- Emilie CHERUBIN
- Béatrice DENIS
- Laura HOUBEAUT
- Suzanne MONTCHAMBERT
- Benoit MOURNET
- Renée POATY

Animateur :

Robert Jean FREUND

S o m m a i r e

Introduction.....	3
I. <u>La réduction des inégalités sociales face au cancer constitue une nécessité en raison d'enjeux multiples</u>.....	5
A. Les inégalités sociales face au cancer, une réalité de plus en plus prégnante...5	
1. Des inégalités durant tout le processus d'évolution de la maladie.....5	
2. Les inégalités sociales face au cancer : une réalité qui s'aggrave.....6	
3. Les ISS : une réalité universelle mais dont l'approche diffère selon les pays..... 7	
B. Les analyses scientifiques et de solides arguments économiques permettent de ne pas considérer les inégalités sociales face au cancer comme une fatalité... 9	
1. La portée de l'interprétation courante fataliste..... 9	
2. Deux approches scientifiques permettent de réfuter cette interprétation fataliste...10	
3. Les arguments économiques en faveur d'une réduction des ISS.....12	
II. <u>Les limites des politiques actuelles invitent à mettre en œuvre de nouvelles stratégies de réduction de ces inégalités</u>.....	14
A. En dépit d'une certaine efficacité, les politiques actuelles sont insuffisantes pour lutter contre les inégalités sociales face au cancer.....	14
1. Plusieurs politiques générales et spécifiques au cancer déjà mises en œuvre.....14	
2. Des critiques peuvent toutefois être formulées.....17	
B. Ces limites invitent à décliner un « PLAN ISS » de lutte contre les inégalités sociales face au cancer.....	19
1. Les mesures préalables à l'élaboration du plan.....19	
2. Intégrer aux politiques structurelles existantes l'objectif de réduction des ISS.....20	
3. Développer des politiques complémentaires d'accompagnement23	
Conclusion.....	27
Bibliographie.....	28
Annexes	

Remerciements

Nous remercions vivement :

- Monsieur **Robert Jean FREUND**, professeur épidémiologiste à l'EHESP, animateur de notre groupe, pour nous avoir préparé la bibliographie, ouvert ses contacts pour nos entretiens et consacré son temps pour nous guider. Nos rencontres régulières au cours de ces trois semaines ont été l'occasion d'échanges très fructueux ;

- Monsieur **Pierre AIACH**, professeur sociologue, auteur de nombreux ouvrages et articles sur les inégalités sociales de santé, pour nous avoir fait part de sa vision des ISS, au cours d'un long entretien téléphonique ;

- Madame **Emilie COUNIL**, épidémiologiste à l'EHESP antenne de Paris, pour nous avoir fait part de ses travaux de recherche sur le cancer qui l'ont conduit à s'intéresser aux ISS ;

- Madame **Séverine DEGUIN**, chercheur à l'EHESP, pour nous avoir reçu et, à partir de la question des pollutions atmosphériques, donné un éclairage nouveau aux inégalités de santé ;

- Docteur **Jean François LAURENT**, médecin coordonnateur au département d'information médicale du Centre Eugène Marquis de Rennes, pour nous avoir reçu et fait partager ses préconisations pour améliorer les prises en charge ;

- Docteur **Daniel PENCOLE**, médecin coordonnateur du réseau onco rennes, pour nous avoir reçu et fait part de son expérience de médecin généraliste et de sa perception des ISS ;

- Monsieur **Sylvain PLEYBER**, responsable des réseaux de soins à l'ARS Bretagne (ex-URCAM), pour nous avoir accordé un entretien téléphonique au sujet du rôle essentiel des réseaux dans la meilleure articulation de la médecine de ville et de l'hôpital ;

- enfin, **l'Institut national du cancer** pour nous avoir adressé une documentation très fournie et très précieuse pour fonder notre diagnostic.

Liste des sigles utilisés

ALD : Affection de longue durée
API : Allocation parent isolé
ARS : Agence régionale de santé
BEH : Bulletin épidémiologique hebdomadaire
CDD : Contrat à durée déterminée
CDI : Contrat à durée indéterminée
CHSCT : Comité d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail
CMR : Cancérogène mutagène reprotoxique
CMU : Couverture maladie universelle
CRDS : Contribution au remboursement de la dette sociale
CSG : Contribution sociale généralisée
CSP : Catégorie socioprofessionnelle
DALO : Droit au logement opposable
HCSP : Haut Conseil de Santé Publique
INca : Institut National du cancer
InVS : Institut national de Veille Sanitaire
ISS : inégalités sociales de santé
OMS : Organisation Mondiale de la Santé
PASS : Permanence d'accès aux soins de santé
PMI : Protection maternelle infantile
PMSI : Programme médicalisé du système d'information
PRAPS : Programme régional d'accès à la prévention et aux soins
RMI : Revenu minimum d'insertion
RSA : Revenu de solidarité active
RSAF : Résumé standardisé anonymisé de facturation
SRU : Solidarité renouvellement urbain
T2A : Tarification à l'activité

Introduction

« Nous sommes tous égaux devant la mort ». Dans son rapport *Les inégalités sociales de santé : sortir de la fatalité*, publié en décembre 2009, le Haut Conseil de la santé publique (HCSP) infirme cet adage classique. En France en 2010, **sept ans** séparent l'espérance de vie à 35 ans d'un ouvrier et d'un cadre supérieur.

Le phénomène des inégalités sociales de santé n'est ni récent ni propre à la France. La préoccupation d'un Etat hygiéniste remonte au XIX^{ème} siècle en Europe. Dès 1830, Louis VILLERME publiait un mémoire sur la mortalité dans les différents quartiers de Paris. En 1848, Rudolf VIRCHOW, enquêtant sur une épidémie de typhus en Allemagne, concluait « *On peut accuser les facteurs atmosphériques ou cosmiques mais ceux-ci ne produisent jamais l'épidémie à eux seuls. Ils ne la produisent que là où les gens vivent dans des conditions sociales déplorables...* ». La réelle prise de conscience mondiale du phénomène date toutefois de la **Charte d'Ottawa** en 1986, qui a mis l'accent sur le rôle des déterminants sociaux et élaboré le concept de promotion de la santé. Visant l'égalité en matière de santé, la promotion de la santé a pour but de réduire les écarts actuels caractérisant l'état de santé. La commission des déterminants sociaux de la santé de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) s'est pour sa part fixée l'objectif de combler le fossé des ISS en une génération.

Toutefois, la France se singularise pour n'avoir pas vraiment pris toute la mesure du phénomène et pour ne l'avoir pas traduit en politiques publiques. A l'inverse, d'autres pays européens ont intégré cette lutte comme un objectif explicite de leur politique de santé. Ainsi, la Norvège a mis en place un plan de réduction des ISS et le Royaume-Uni pour sa part développe une stratégie intergouvernementale sur le long terme. Enfin, à l'échelle de l'Union européenne, dans le cadre du programme de santé publique 2008-2013, un projet visant la réduction des ISS, intitulé **projet DETERMINE** a été financé dans l'objectif de mener des actions sur les déterminants socio-économiques de la santé.

Les **inégalités sociales de santé** se définissent, selon le Professeur Pierre AIACH, par l'« *ensemble des écarts de mortalité et de morbidité entre des groupes sociaux qui occupent des positions hiérarchisées dans l'échelle des professions, dans l'échelle des revenus ou encore dans l'accès au savoir* ». Il apparaît ainsi nettement que les ISS ne

EHESP – Module interprofessionnel de santé publique – 2010

concernent pas seulement les personnes en situation d'exclusion ou de précarité, mais qu'elles traversent toute la société selon un **gradient social continu** allant des ouvriers aux cadres supérieurs.

Les déterminants socio-économiques sont multiples et complexes. Ils renvoient aux inégalités de revenus, de logement, aux conditions de vie, de travail et singulièrement au degré d'exposition aux risques professionnels.

Le cancer constitue un bon révélateur des inégalités sociales de santé. Il se définit, sur le plan biologique, comme la multiplication anarchique de cellules anormales qui peuvent toucher n'importe quel organe et migrer ensuite vers d'autres, selon un processus métastatique. Sur le plan médical, il existe une classification des cancers selon l'histologie. Il convient donc de parler *des* cancers et non pas *du* cancer. Notons enfin qu'en dépit des progrès médicaux et de l'augmentation du taux de guérison, la maladie véhicule une forte charge symbolique en raison de son caractère très invalidant, voire mutilant.

Dans son étude empirique menée en 2008, Annie THEBAUT-MONY, directrice de recherche à l'INSERM, concluait qu'en France, le taux annuel de mortalité précoce par cancer était **dix fois plus élevé** chez les ouvriers que chez les cadres et professions intellectuelles supérieures.

Or, le fondement d'une politique de santé est, selon les termes du rapport 2009 du Haut Conseil de la Santé Publique, d'«*améliorer l'état de santé de la population dans son ensemble et de chacun en particulier, quelle que soit son origine ou son appartenance sociale*». Cet objectif est inscrit dans le Préambule de la Constitution de 1946: «*Elle [la nation] garantit à tous, notamment à l'enfant, à la mère et aux vieux travailleurs, la protection de la santé, la sécurité matérielle, le repos et les loisirs [...].*»

Si l'objectif d'amélioration globale de la santé de la population a été atteint comme l'atteste l'augmentation constante de l'espérance de vie, force est de constater que les écarts d'état de santé et de mortalité entre les catégories socioprofessionnelles (CSP) face au cancer se sont creusés.

Aussi, se pose la question de savoir **comment réduire les inégalités sociales face au cancer et en faire un levier d'amélioration des politiques publiques de santé.**

Ce rapport vise à dresser un état des lieux des inégalités sociales face au cancer. (I.A). et à expliquer leur origine, à l'aide d'une analyse de l'impact des déterminants naturels et socio-économiques.(I. B).

En outre, il convient d'évaluer les différentes politiques déjà mises en place (II. A) pour proposer de nouvelles stratégies de réduction des ISS, en vue de l'élaboration d'un « plan ISS » dans la future loi de santé publique (II.B)

I. La réduction des inégalités sociales face au cancer est nécessaire en raison d'enjeux multiples

Si la distribution du cancer se caractérise par de nombreuses disparités géographiques et par l'implication de déterminants multiples, la mise en évidence de l'impact des inégalités sociales dans le processus évolutif de la maladie cancéreuse invite à relever le défi de leur réduction.

A. Les inégalités sociales face au cancer, une réalité de plus en plus prégnante

1- Des inégalités qui s'expriment durant tout le processus d'évolution de la maladie

La situation de la France est paradoxale. Alors que l'espérance de vie augmente régulièrement, les inégalités de santé ne cessent de se creuser.

La France se caractérise en effet, à la fois comme le pays possédant un des systèmes de santé les plus performants et comme le rappelle le Pr Pierre AIACH, le pays européen où les inégalités sociales de santé sont les plus marquées surtout en matière de cancer. Ainsi, le cancer qui représente aujourd'hui la première cause de mortalité en France, touche de manière inégale la population en fonction de la catégorie socioprofessionnelle d'appartenance.

Le cas des cancers professionnels éclaire bien cette réalité. Différentes études épidémiologiques ont établi en effet, un lien étroit entre les catégories socioprofessionnelles et les expositions aux substances cancérigènes en milieu professionnel.

Il apparaît que les populations les moins favorisées et celles dont les statuts sont les plus précaires sont globalement les plus exposées : 70 % sont des ouvriers, 19 % des apprentis, 15 % des intérimaires, 14 % des personnes embauchées en CDI et 10 % des salariés en CDD. On observe en outre, un processus cumulatif dû à des expositions simultanées à plusieurs cancérigènes professionnels.

Même si les inégalités face à la maladie cancéreuse sont très complexes et nécessitent une approche pluridisciplinaire (génétique, environnementale, biologique), il est aujourd'hui évident que le statut socio-économique joue un rôle important dans la

survenue du cancer, son développement et son pronostic. On déplore en effet, chez les catégories sociales défavorisées un recours tardif aux soins, qui impacte de manière sérieuse les chances de guérison voire le pronostic vital.

De même, pendant la maladie, la capacité de se repérer et de s'orienter dans le parcours de soin est prédictive de l'évolution de la maladie cancéreuse. En outre, se remettre d'un cancer n'est pas tout. La capacité du malade à pouvoir se réinsérer socialement, à faire face aux difficultés d'accès aux soins et à l'assurance, de même que la problématique du suivi après cancer constituent un ensemble de facteurs qui creusent encore davantage le lit des inégalités et favorisent les possibilités de rechute.

2-Les inégalités sociales face au cancer: une réalité qui s'aggrave.

En 2008, une étude, publiée par l'Institut de veille sanitaire (InVS), intitulée «Inégalités sociales de mortalité par cancer en France», parue dans le BEH (Bulletin épidémiologique hebdomadaire) révèle que les inégalités sociales face au cancer se vérifient plus particulièrement chez les hommes de moins de 65 ans et sur certaines formes de cancers.

Les principaux cancers contributeurs de ces inégalités sociales de mortalité sont les cancers des voies aéro-digestives supérieures (VADS) avec 30 à 40% de cancers par excès pour les catégories sociales les plus basses. Les comportements en matière de consommation de tabac et d'alcool, l'exposition plus fréquente aux produits toxiques et cancérigènes en milieu professionnel, de même que la découverte du cancer à des stades plus avancés (diagnostic tardif), expliquent ce phénomène.

Ces inégalités sociales de santé se traduisent en France par des différentiels d'espérance de vie. Ainsi, entre 1991 et 1999, l'espérance de vie à 35 ans était chez les hommes de 46 ans pour les cadres et les professions intellectuelles supérieures, et seulement de 39 ans pour les ouvriers.

De surcroît, les disparités d'espérance de vie entre les CSP sont accrues si l'on compte les années de vie passées en incapacité. Les ouvriers cumulent en effet une durée moyenne de vie inférieure et un nombre supérieur d'années en incapacité.

En outre, malgré une amélioration globale de la santé de la population, le taux de décès des cadres a diminué plus vite que celui des ouvriers entre les années 1950 et les années 1990.

Cet accroissement des inégalités de santé se retrouve dans le champ du cancer. Des études menées sur la période 1980-1989 montrent un risque de décéder d'un cancer entre 30 et 65 ans deux fois supérieur chez les ouvriers que chez les cadres et les professions libérales.

Chez les femmes, les inégalités de santé face au cancer sont moins marquées. Elles concernent surtout l'utérus, l'estomac et le poumon. Pour le cancer du sein, au début des années 1970, deux facteurs protecteurs à savoir les grossesses plus précoces et plus nombreuses permettaient aux classes défavorisées d'être moins atteintes par ce type de cancer. Néanmoins aujourd'hui, en raison d'un recours au dépistage plus important, les femmes ayant une situation sociale plus favorable ont les taux d'incidence du cancer du sein les plus élevés mais les meilleures chances de survie.

Ainsi, comme le prouve l'exemple précité, les dispositifs mis en œuvre pour réduire l'incidence du cancer peuvent contribuer à renforcer les inégalités sociales de santé. En effet, les classes sociales les plus basses ont moins recours au dépistage et sont moins sensibles aux messages de prévention visant à l'adoption de comportements favorables à la santé, à l'inverse des catégories sociales supérieures, plus aptes à les intégrer et à se les approprier.

Enfin, le manque d'information relative aux dispositifs d'aide et de prise en charge souvent constaté chez les populations les plus défavorisées contribue à creuser le différentiel de morbidité et de mortalité face au cancer entre les classes sociales.

3- Les ISS : une réalité universelle mais dont l'approche diffère selon les pays

L'espérance de vie varie beaucoup d'un pays à l'autre. Pourtant, selon le HCSP, *« partout dans le monde, quel que soit le niveau de revenu national, la santé et la maladie suivent un gradient social : plus la condition socio-économique est basse, moins la santé est bonne »*.

En Europe, dans des pays tels que le Danemark, l'Italie ou encore les Pays-Bas, les politiques mises en place visent à centrer l'effort de réduction des inégalités sociales de santé sur les populations les plus désavantagées et marginales.

D'autres pays mettent l'accent sur la réduction des écarts entre les plus riches et les plus pauvres (Grande-Bretagne, Suède, Finlande). La Norvège est à ce jour le seul pays qui se fixe comme objectif de réduire le gradient social des ISS.

Concernant plus spécifiquement le cancer, une étude comparative entre les pays européens révèle que l'impact des facteurs sociaux était particulièrement fort pour les cancers du poumon et du foie pour les hommes, et des cancers de l'œsophage, de l'estomac et de l'utérus pour les femmes. Toutefois, comme en France, on note une diminution de la mortalité par cancer depuis quelques années, mais celle-ci n'a pas profité de la même

manière à toutes les CSP. Différentes études ont conclu au maintien des écarts de mortalité, voire à l'aggravation des inégalités au cours du temps.

La problématique des ISS dépasse les frontières de l'Union Européenne. Ainsi, la Commission de l'OMS sur la Macro-économie et la Santé a démontré en 2001, que dans les pays en voie de développement, le fait d'avoir une population en meilleure santé pouvait favoriser la croissance économique de ces pays. Les auteurs estiment en effet, que 50 % du différentiel de croissance entre pays riches et pays pauvres est dû à une mauvaise santé et à une espérance de vie plus courte dans les pays pauvres. Accroître l'espérance de vie à la naissance de 10 %, grâce à des investissements ciblés, pour lutter contre les principales causes de décès prématurés pourrait augmenter le taux de croissance de 0,35 % par an.

Face au constat accablant des ISS, et compte tenu des conséquences induites, la réflexion sur les ISS mérite d'être approfondie.

B. Les analyses scientifiques et de solides arguments économiques permettent de ne pas considérer les inégalités sociales face au cancer comme une fatalité.

Des auteurs ont élaboré des théories tendant à remettre en cause le postulat suivant lequel les inégalités sociales de santé face au cancer seraient une fatalité. Dans le domaine de l'épidémiologie classique, il existe ainsi une opposition entre les approches déterministes et psychosociales du phénomène. Les premières soulignent le rôle des facteurs externes à l'individu qui échappent à son contrôle. Les secondes mettent en lumière l'importance des perceptions de richesse de l'individu et des inégalités de revenu. Par ailleurs, d'un point de vue économique, la santé est à considérer comme un capital humain et son amélioration est un élément de nature à favoriser la croissance économique.

1 – La fatalité : Une manière couramment admise d'appréhender la maladie mais qui présente cependant certaines limites

Pour nombre d'individus, les inégalités de santé apparaissent comme étant naturelles et variant d'un individu à l'autre en fonction de la chance ou de la malchance d'avoir ou non un bon capital santé à la naissance.

S'il est incontestable que l'état de santé est lié au sexe, à l'âge, les femmes bénéficiant d'une espérance de vie supérieure à celle des hommes, on peut toutefois s'interroger sur le rôle avéré des variables biologiques.

Elles devraient en effet, être considérées dans une chaîne de causalités. Des études rapportées par Pierre AIACH, ont montré que les comportements ayant un impact sur la santé, étaient aussi liés au niveau d'études, aux conditions de travail et aux réseaux sociaux, lesquels sont inclus dans un environnement social, culturel, économique, voire physique et chimique. Dès lors, la vie des personnes depuis la vie utérine jusqu'à la période du vieillissement est marquée par la succession de processus biologiques, qui s'articulent avec des processus sociaux, tels que le niveau socio-économique des parents, l'accès aux services de santé, à l'éducation, et l'environnement matériel.

Cependant, d'autres auteurs considèrent que ce sont les comportements individuels qui déterminent l'état de santé. Cet avis est notamment partagé par deux théoriciens de la justice sociale, RAWLS et DWORKIN, pour qui les individus sont totalement responsables de leurs choix et ne doivent pas en faire supporter le coût à la société.

Toutefois en rendant responsables de leur état ceux dont les comportements sont considérés comme dangereux pour la santé, sans se poser la question de l'impact du déterminisme social sur ces comportements, on pourrait être amené à occulter la réalité des inégalités sociales de santé. Le déficit d'information, la difficulté à se projeter dans l'avenir et les conditionnements sociaux entravent en partie le libre arbitre des personnes, à tel point qu'il n'est pas éthiquement fondé de faire reposer sur le seul individu la totale responsabilité de ses comportements.

Une attention doit être portée par ailleurs au poids des préjugés fondés sur l'évidence. Ainsi, l'inégalité serait le résultat d'une alcoolisation très différenciée socialement, de même pour le tabac, l'alimentation et les autres addictions. Il est regrettable que ces préjugés qui relient les comportements à la culture des groupes sociaux aient trop souvent occulté la question sociale.

Enfin, en France la question des déterminants de santé a été longtemps uniquement orientée sur l'accès aux soins. Certes à ce jour, cet accès est garanti globalement à tous, depuis la création de la couverture maladie universelle qui assure une couverture même aux plus nécessiteux. Pourtant, il existe encore des différences d'accès aux soins, notamment du fait des différentes réformes qui amplifient le transfert des coûts vers les ménages et des effets de seuil de certains dispositifs.

Dans ces conditions, d'autres déterminants extérieurs au système de soins et de santé doivent être pris en compte. Les inégalités sociales de santé sont à vrai dire, moins le fait d'une inégalité devant les soins que la résultante d'un ensemble d'inégalités sociales qui se cumulent, d'autant plus que la catégorie sociale est défavorisée. Cette même analyse a été théorisée par deux courants de pensée.

2- Deux approches scientifiques permettent de réfuter cette interprétation fataliste

Les inégalités sociales de santé résultent des inégalités sociales qui découlent elles-mêmes des choix et des politiques publiques, comme le défend Pierre ALACH. Selon lui, les ISS touchent bien souvent davantage des populations déjà en butte à toutes sortes d'épreuves et donc de fait fragilisées. Par exemple, si on considère la surmortalité des chômeurs, celle-ci est d'autant plus forte que l'on descend dans l'échelle sociale.

Pour AIACH, les inégalités de santé face à la mort sont produites tout au long de la vie depuis la phase embryonnaire, sous la forme d'un processus cumulatif dans lequel se manifestent des facteurs de risque en fonction de l'appartenance sociale.

Les ISS se produiraient donc sous «*un effet d'amplification et un effet lié à la disposition socialement différenciée, à l'appropriation des progrès thérapeutiques et à l'adoption des conduites de prévention*». Elles aboutiraient à un «*amoindrissement qualitatif du capital cellulaire mis à la disposition de chacun tout au long de la vie*», et ce, de manière d'autant plus importante que les handicaps sociaux se sont manifestés tôt. Ainsi, le biologique et le social interagissent l'un sur l'autre.

Cette approche fondée sur une analyse du système économique est dite matérialiste ou structurelle par opposition à celle des tenants de l'approche psychosociale défendue par Sir Michael MARMOT.

Pour ce théoricien, la réduction des inégalités sociales de santé est une question de justice sociale. Vouloir améliorer l'état de santé général de toute la population reviendrait donc à créer une société plus juste.

Afin de réduire les inégalités sociales de santé, il serait donc nécessaire d'agir sur le gradient social, car la tentation serait de concentrer les actions sur les populations les plus défavorisées et non sur l'ensemble de la population.

Cependant, s'il est illusoire de penser qu'il est possible de supprimer totalement les ISS, il est néanmoins envisageable de les atténuer. Pour cela, les actions à mener doivent être universelles et proportionnées, c'est-à-dire être d'intensité différente en fonction du niveau social. C'est ce que Michael MARMOT a appelé le «*proportionate universalism*». En outre, l'action doit concerner tous les déterminants sociaux de santé et par ailleurs être engagée au niveau national, local ainsi que dans le secteur privé.

De plus, Sir MARMOT développe l'idée de «*life course perspective*». Les inégalités commençant avant la naissance et s'accumulant tout au long de la vie, les actions entreprises doivent couvrir toute l'existence.

Aussi, Sir MARMOT décline dans son rapport des objectifs prioritaires: donner à chaque enfant le meilleur départ dans la vie, améliorer les conditions de travail, l'environnement professionnel, développer le rôle et l'impact de la prévention.

Pour lui, l'objectif majeur serait de donner un meilleur départ dans la vie aux enfants. Pour cela, il propose quelques actions concrètes, comme augmenter la dépense publique globale allouée à la petite enfance et s'assurer que cette dépense bénéficie à tout le monde de façon proportionnelle. Il suggère aussi de distribuer un revenu minimum aux familles pendant la première année de vie de l'enfant afin que celui-ci bénéficie d'un

environnement de santé le plus sain possible et de développer les programmes de transition vers l'école.

Ces théories présentent néanmoins plusieurs limites. La mise en application de la théorie déterministe d'AIACH est rendue difficile car elle s'inscrit sur une action de long terme. Quant à l'approche interactionniste de Sir MARMOT, elle suppose une modification des comportements des individus à partir d'actions globales. L'intérêt et l'efficacité de telles actions sont cependant régulièrement remis en question. En effet, il n'apparaît pas évident de les mettre en œuvre à grande échelle.

La lutte contre les inégalités sociales de santé n'est pas seulement bénéfique sur le plan social, de réels arguments économiques légitiment également l'action.

3- Il existe de solides arguments économiques en faveur d'une réduction des ISS

Au regard de travaux récents menés au niveau de l'Union Européenne, il apparaît plus judicieux de chercher à réduire les ISS, que de payer les conséquences de ces inégalités.

En effet, le consortium de l'Union Européenne pour l'action sur les déterminants de santé DETERMINE, en particulier le groupe de travail n°5, s'est fixé deux objectifs au travers de l'évaluation des situations au sein des pays ou régions des membres du groupe (soit 12 pays et régions de l'Europe). Il s'agit d'une part, d'examiner les opportunités et les difficultés de l'utilisation d'arguments économiques en faveur de l'action sur les déterminants sociaux des inégalités de santé et d'autre part d'identifier des exemples d'évaluations économiques pertinents qui considèrent les résultats en termes de santé et d'inégalités de santé.

Si les premiers résultats des investigations doivent être interprétés en tenant compte des difficultés de recueil des données et d'un système d'information inadapté à ce type de données, ils permettent malgré tout d'éclairer ce domaine complexe des inégalités sociales de santé et leurs effets sur l'économie.

La santé est une condition préalable à la productivité et à la prospérité économique, plus encore c'est l'espérance de vie en bonne santé qui serait le facteur clé de la croissance économique.

A contrario, une mauvaise santé entraîne des coûts directs liés aux soins. Elle provoque également une perte de productivité due à la morbidité et aux décès prématurés, à l'absentéisme professionnel et la sous-performance au travail. Le coût des maladies

chroniques peut aller de 0,02 % à 6,77% du PIB d'un pays. C'est ainsi que les maladies cardio-vasculaires représentent 1 à 3 % du PIB dans la plupart des pays développés. Les différences dans les résultats de santé entre différents groupes de population peuvent réduire l'espérance de vie moyenne dans l'Union Européenne de 1,84 années, soit approximativement 11,4 millions d'années de vie perdues. L'espérance de vie en bonne santé serait réduite en moyenne de 5,14 années soit 33 millions d'années de vie en bonne santé.

Si on considère la santé comme un capital, les inégalités ont des implications économiques significatives pour les Etats membres de l'Union Européenne, estimées à 141 milliards d'euros en 2004, soit 1,4 % du PIB. Si la santé est considérée comme un bien de consommation, on atteint les 1000 milliards d'euros ou 9,5 % du PIB.

Des études par pays précisent l'impact économique. En Ecosse les maladies liées à l'alcool coûtent 128 millions d'euros aux services nationaux de santé (NHS), mais le coût économique, humain et social global s'élève à 859 millions d'euros. On comprend donc au travers de cet exemple l'intérêt de sortir d'une réflexion purement curative pour aborder en amont les inégalités sociales de santé et leurs effets sur l'économie. En Norvège, un rapport du Ministère du Travail et de l'Intégration Sociale établit clairement que le système social dépend des contributions des employés et ne peut se maintenir que si la main d'œuvre reste en bonne santé.

Le creusement des inégalités sociales face au cancer, étayé par ces différentes interprétations, invite à mettre en œuvre des politiques publiques performantes, ayant pour objectif premier la lutte contre ces inégalités.

II. Les limites des politiques actuelles invitent à mettre en œuvre de nouvelles stratégies de réduction de ces inégalités

Si plusieurs études ont mis en lumière le problème de l'existence des ISS, les politiques de lutte déjà engagées se révèlent aujourd'hui insuffisantes. Il s'avère donc nécessaire de mettre en œuvre un « plan ISS »

A. En dépit d'une certaine efficacité, les politiques actuelles sont insuffisantes pour lutter contre les inégalités sociales face au cancer

1- Plusieurs politiques de réduction des ISS, générales et spécifiques au cancer ont déjà été mises en œuvre

- **Un cadre législatif et réglementaire général en évolution**

De nombreux dispositifs ont été mis en place pour protéger les individus des risques sociaux ainsi que leur assurer un accès effectif aux soins.

Dans le secteur social, différentes mesures ont été prises pour garantir aux individus, notamment ceux en situation de précarité, une aide et une prise en charge effectives.

Tout d'abord, l'ordonnance du 4 octobre 1945 institue une caisse générale de Sécurité sociale, qui assure aux travailleurs salariés et à leurs ayants droit une protection sociale. La même année, l'ordonnance du 2 novembre institue la Protection Maternelle et Infantile (PMI), qui promeut une prévention médicale, psychologique, sociale et d'éducation pour la santé

Le 1er décembre 1988 le Revenu Minimum d'Insertion (RMI) entre en vigueur, en vue de venir en aide aux populations défavorisées. En 2009, le RMI ainsi que l'Allocation pour Parent Isolé (API) disparaissent pour laisser place à une mesure unique : le Revenu de Solidarité Active (RSA), dont le but est notamment d'inciter à un retour à l'emploi, tout en évitant les trappes à inactivité.

En 1998, la loi du 29 juillet relative à la lutte contre les exclusions pose trois principes importants : garantir un même accès de tous aux droits fondamentaux, prévenir les situations d'exclusion et répondre efficacement à l'urgence sociale. En outre, elle met en place un **Programme Régional d'Accès à la Prévention et aux Soins des personnes**

les plus démunies (PRAPS). L'élaboration des PRAPS repose sur un dialogue entre le niveau régional et le niveau local. La loi met en place les Permanences d'Accès aux Soins de Santé (PASS). Elle préconise également des actions en matière de politique de la ville, de lutte contre les discriminations raciales (avec la mise en œuvre notamment des commissions départementales d'accès à la citoyenneté), d'accueil et d'hébergement des demandeurs d'asile. Ces différentes mesures visent ainsi à lutter contre les inégalités sociales, facteur prépondérant des inégalités de santé.

Enfin, le ministre de l'Emploi, du Travail et de la Cohésion sociale Jean-Louis Borloo est à l'initiative de la loi du 18 janvier 2005 de programmation pour la cohésion sociale qui couvre trois domaines principaux : l'emploi, le logement et l'égalité des chances.

Dans le secteur sanitaire, différents dispositifs ont également été instaurés pour lutter contre les inégalités d'accès aux soins.

La loi du 11 octobre 1946 rend obligatoire la médecine du travail, qui concerne la prévention des atteintes à la santé des travailleurs (accidents du travail et maladies professionnelles).

En 1970, le premier plan de périnatalité pluriannuel est établi pour la période 1970-1976. Il comporte deux axes : la prévention et l'amélioration de la qualité de la prise en charge au moment de la naissance.

Un « *examen de santé type* » est mis en place la même année ; il est assuré par les centres d'examen de santé, eux-mêmes sous l'égide de l'assurance maladie. Ce bilan comprend un questionnaire administratif et médical, un examen médical et dentaire, et des examens fonctionnels.

Quant à l'accès aux soins, la loi du 27 juillet 1999 pose le principe d'une Couverture Maladie Universelle (CMU) qui garantit à tous une prise en charge des soins par un régime d'assurance maladie et qui reconnaît aux personnes les plus faibles le droit à une protection complémentaire (CMU-C). Plus de 5 millions de personnes sont concernées par ce dispositif.

En 2004, les inégalités sociales de santé sont clairement visées par la loi de Santé Publique qui consacre dans ses annexes un objectif de réduction des « *inégalités devant la maladie et la mort par une augmentation de l'espérance de vie des groupes confrontés aux situations précaires* », et comme objectif préalable d'« *identifier les meilleurs instruments de mesure des inégalités et des discriminations liées à l'origine* ».

Plus récemment, la loi « *Hôpital-Patients-Santé-Territoire* » du 21 juillet 2009 joue également un rôle important dans la lutte contre les inégalités sociales de santé. L'un des titres structurant cette loi est relatif à l'accès de tous à des soins de qualité. En outre, cette loi consacre la prévention et la santé publique comme grand thème d'action .

Enfin, la reconnaissance de l'affection longue durée (ALD), et la prise en charge à 100% par l'assurance maladie des soins qu'elle entraîne jouent également un rôle dans la lutte contre les inégalités de santé, puisqu'elle assure une exonération du ticket modérateur à la charge du patient, ce ticket modérateur pouvant se révéler particulièrement coûteux dans le cadre d'une ALD.

- **Une meilleure prise en compte des inégalités dans les Plans Cancer**

En complément du cadre législatif et réglementaire général, des moyens ont été mis en œuvre pour s'attaquer plus directement aux inégalités de santé face au cancer. Depuis le début des années 2000, deux plans quinquennaux de lutte contre le cancer dits « Plan Cancer » ont été lancés.

Le premier plan lancé en 2003 par le président Jacques Chirac, a été présenté comme un plan de mobilisation nationale doté d'un budget de 640 millions d'euros. La prévention, le dépistage et l'accès aux soins ont été trois de ses axes majeurs. En termes de prévention, l'un des objectifs prioritaires était d'agir sur les comportements notamment vis-à-vis du tabac et de l'alcool.

De plus, l'amélioration de l'organisation des dépistages faisait partie des priorités avec une volonté particulière de généraliser le dépistage du cancer du sein et de faciliter le développement du dépistage du cancer du côlon. Enfin, en matière d'accès aux soins, ce plan a permis de généraliser les réseaux régionaux de cancérologie, de créer des pôles régionaux de cancérologie et des centres de coordination en cancérologie permettant un suivi individualisé des patients en leur apportant aide et soutien dans leur prise en charge, notamment en tenant compte de leur situation sociale. Il a également contribué au développement de points d'information sur le cancer dans le but d'un égal accès à l'information.

Toutefois, la question de la réduction des inégalités sociales de santé n'était pas clairement posée dans ce premier plan. Il a fallu attendre le deuxième « Plan Cancer » en 2009, avec un budget en augmentation de près de 100 millions d'euros, pour que ce thème soit explicitement intégré. Ainsi, l'un des trois thèmes transversaux du plan 2009-2013 est

de: « *mieux prendre en compte les inégalités de santé pour assurer plus d'équité et d'efficacité dans l'ensemble des mesures de lutte contre les cancers* ». La lutte contre les inégalités sociales face au cancer est également reprise dans de nombreuses mesures. Ainsi, le plan préconise de renforcer la recherche sur les inégalités sociales face au cancer. Il prévoit en outre, d'augmenter la participation de l'ensemble de la population au dépistage à hauteur de 15 % et de réduire dans le même temps les inégalités d'accès et de recours aux dépistages. Enfin, le thème des inégalités sociales est décliné dans le cadre des mesures relatives aux cancers professionnels, à la prise en charge sociale personnalisée et à l'accompagnement de l'après-cancer.

2- Des critiques peuvent toutefois être formulées

Les politiques actuelles, bien que nombreuses et diversifiées, sont cependant imparfaites.

Tout d'abord, pour trouver des réponses adaptées au problème des ISS, il paraît nécessaire de bien comprendre les mécanismes à l'œuvre dans leur construction. C'est le rôle de la recherche qui heureusement est déjà bien lancée. Mais l'état actuel des systèmes d'information encore trop défectueux, du fait d'une production de données incomplète et non homogène, obère la qualité des analyses pouvant être faites. De plus, il n'existe actuellement aucun indicateur permettant de suivre de manière systématique les évolutions des ISS. Par conséquent, les solutions qui sont proposées restent trop souvent curatives puisqu'elles s'attaquent surtout aux conséquences du problème et, non à ses origines.

Par ailleurs, les politiques menées jusqu'ici ont surtout eu pour but de lutter contre l'exclusion, ce qui a conduit parfois à la stigmatisation des populations les plus précaires. Certains dispositifs mis en place ont également créé des effets pervers en faisant surgir de nouvelles inégalités. C'est le cas de la Couverture Maladie Universelle complémentaire (CMUC) qui en créant un effet de seuil, laisse environ sept millions de personnes insuffisamment couvertes. Celles-ci sont parfois contraintes à renoncer aux soins pour des raisons financières faute de revenus suffisants pour prétendre à une complémentaire santé et à cause de revenus trop importants pour bénéficier de la CMUC.

En outre, la complexité des dispositifs existants et la difficulté pour les populations les plus précaires d'accéder à l'information peuvent engendrer de nouvelles inégalités au niveau de l'accès aux soins et de la qualité de la prise en charge.

Les politiques actuelles sont également très centralisées. Malgré le succès de certains dispositifs au niveau local comme les ateliers « santé ville »¹, les acteurs de terrain tels que les associations ou les collectivités territoriales sont encore insuffisamment intégrés dans les dispositifs de lutte contre les ISS. En outre, les lois ne sont pas toujours appliquées et certaines propositions de lois n'aboutissent pas. C'est le cas du projet du bouclier sanitaire lancé par Martin Hirsch en 2007.

Enfin, le dépistage, considéré comme un moyen de prévention essentiel dans le cadre des deux plans de lutte contre le cancer, présente pourtant de nombreuses limites : Certains dépistages tels que conçus actuellement sont remis en cause. En ce qui concerne le dépistage du cancer du sein, on souligne son manque d'efficacité, à cause de la difficulté d'établir parfois un diagnostic fiable dans certains cas

Il conviendrait aussi d'organiser de manière beaucoup plus formelle le dépistage du cancer du col de l'utérus pour que celui-ci soit plus efficace en termes de vies sauvées. Quant au dépistage du cancer de la prostate, le rapport bénéfice-risque est actuellement évalué et son bien fondé remis en cause.

Au-delà de ces questions d'opportunité, l'existence d'un gradient social par rapport à la participation au dépistage fait débat. Une étude menée sur la participation au dépistage organisé du cancer colorectal dans le Calvados entre 2004 et 2006 suggère en effet, un lien significatif entre participation au dépistage et statut socio-économique.

Les politiques existantes qu'elles soient globales ou spécifiques à la lutte contre le cancer semblent donc insuffisantes pour parvenir à la réduction des inégalités sociales de santé ; une nouvelle stratégie d'action apparaît aujourd'hui nécessaire.

¹ Les Ateliers Santé Ville (ASV) sont des outils de la Politique de la Ville inscrits dans la loi de Santé Publique qui visent à une coordination des acteurs et des actions en matière de santé sur un territoire donné.

B. Ces limites invitent à décliner un « PLAN ISS » de lutte contre les inégalités sociales face au cancer

1- Les mesures préalables à l'élaboration du plan ISS

Décider la mise en place d'un plan ISS, implique d'abord que les pouvoirs publics affichent leur volonté de faire de la réduction des ISS, un objectif prioritaire de santé publique en s'attaquant explicitement à la réduction du gradient social. Cet objectif devra être intégré dans la prochaine loi de santé publique.

Dans cette perspective, il conviendrait d'effectuer **le suivi d'un certain nombre d'indicateurs**, permettant de dresser in fine un bilan des ISS.

Ainsi, dans son rapport de décembre 2009, le Haut Conseil de la Santé Publique a suggéré l'usage de certains indicateurs en fonction de la catégorie socio-économique : Il s'agit de l'espérance de vie avec ou sans incapacité, de la mortalité prématurée (avant 65 ans) ; et du renoncement aux soins pour raison financière.

Il semble aussi opportun **d'améliorer l'information des professionnels et du public** sur la problématique des ISS., l'objectif étant de susciter une réelle prise de conscience du phénomène. Ainsi sensibilisés à la question, les professionnels de santé seraient mieux à même de participer à sa prise en compte, devenant par la même de véritables acteurs de santé publique. Quant à l'information de la population, elle devrait être relayée par les médias, afin que cette problématique soit reconnue par tous, et notamment par ceux concernés par les dispositifs existants, comme un enjeu majeur.

La lutte contre les ISS implique **d'améliorer la gouvernance tant au niveau national que local**. Les nouvelles agences régionales de santé récemment mises en place ainsi que les comités départementaux d'éducation pour la santé mériteraient d'être pleinement intégrés dans les dispositifs de lutte.

Il est également important **d'améliorer l'interministérialité** en nommant un haut commissaire en charge des ISS. Celui –ci serait un référent interministériel dont la mission consisterait à mesurer l'impact des mesures prises sur la santé, et de promouvoir la lutte contre les ISS. C'est d'ailleurs l'idée défendue par Sir Michael MARMOT qui préconise une action globale, impliquant l'ensemble des ministères.

Outre **l'Etat** par le biais de l'Institut National du Cancer (INCa), toutes les **collectivités** publiques devraient aussi développer une politique de réduction des ISS. De même, les **associations** ainsi que l'ensemble des acteurs impliqués dans la lutte contre les ISS devraient voir leur rôle reconnu : il s'agirait ainsi de s'appuyer davantage sur des

associations comme la Ligue contre le cancer, l'Association pour la Recherche sur le Cancer (ARC) ou encore sur les associations de patients.

Le **programme de médicalisation des systèmes d'information** (PMSI) pourrait également contribuer à cet objectif, grâce aux résumés standardisés anonymisés de facturation (RSAF) produits. Ils constituent une importante banque de données relatives au type de couverture des différents patients (AME, CMU, etc.) Il deviendrait alors possible d'appréhender les difficultés propres à un territoire et notamment l'aspect relatif aux ISS. Cela permettrait aussi d'avoir des éléments de comparaison pour concentrer les moyens sur les territoires où les disparités seraient les plus fortes. Ce rôle serait confié aux ARS.

Enfin, la participation de la France à la Commission des Déterminants sociaux de l'OMS semble essentielle pour améliorer la lutte contre les ISS en France.

Une fois ces mesures préalables mises en œuvre, le plan s'articulerait autour de deux axes. : d'une part l'intégration de l'objectif de réduction des ISS à toutes les politiques structurelles, d'autre part le développement de politiques d'accompagnement visant à aider à la réduction des ISS.

2- Intégrer aux politiques structurelles existantes l'objectif de réduction des ISS

Cinq leviers d'action semblent prioritaires pour intégrer cet objectif aux politiques structurelles: la politique de croissance et d'emploi, la politique fiscale, la politique du logement, la politique relative aux conditions de travail et aux risques professionnels et la politique de lutte contre l'exclusion.

• Objectif 1 : améliorer la politique de croissance et d'emploi

Le principal levier pour réduire les ISS est économique. Il s'agit de lutter contre le chômage et donc de mettre en œuvre une véritable politique de relance économique rendue particulièrement difficile dans le contexte de crise actuelle.

A court terme, il convient de favoriser la relance de l'investissement productif ainsi que le soutien à la consommation. A moyen terme, il faudrait investir dans l'innovation et le capital humain pour améliorer la compétitivité du pays. Cela passe notamment par une politique ambitieuse en faveur de la recherche, de l'enseignement supérieur et des formations continues.

Par ailleurs, le recours à de nouveaux indicateurs de mesures de la croissance, autres que le PIB par tête, permettrait de donner une image plus fidèle de la réalité des ISS. En outre, le rapport de la Commission sur la mesure des performances économiques et du progrès social, présidée par Joseph STIGLITZ, s'inscrit dans la même perspective. Dans le champ sanitaire, **il conviendrait de mesurer en priorité les résultats sur la santé plutôt que le volume de dépense** : « *traditionnellement, les mesures reposent sur les dépenses mises œuvre pour les produire (nombre de médecins par exemple) davantage que sur les résultats réels produits (comme le nombre de prestations de santé dispensées)* ».

Cependant, la politique de croissance et d'emploi, aussi indispensable soit-elle, ne suffira pas pour agir sur les inégalités sociales de santé. Il convient donc de la combiner avec une politique fiscale plus juste.

- **Objectif 2 : favoriser une politique fiscale plus redistributive**

La politique fiscale consiste à fixer le taux et l'assiette des différents impôts. Elle répond à un triple objectif de prélèvement de ressources nécessaires au financement des services publics, d'incitation à l'efficacité économique, et de correction de la répartition des revenus.

Dans son objectif de redistribution, la politique fiscale s'opère essentiellement par le canal de l'impôt sur le revenu et le canal des transferts sociaux sous condition de ressources.

Or, en France, l'impôt sur le revenu représente un poids relativement faible (environ 8% du PIB contre plus de 10% au Royaume-Uni). Un effort sur la **réduction des niches fiscales** est nécessaire. En outre, il conviendrait de renforcer la **progressivité** de l'impôt notamment celle relative aux **droits de mutation**. Enfin, le retour au bouclier fiscal à 60% sans inclure la CSG et la CRDS permettrait de rendre sa progressivité à l'impôt sur la fortune.

Les inégalités se manifestent aussi dans les conditions de logement et de travail. Il convient donc d'analyser successivement les moyens d'amélioration dans ces deux champs d'intervention.

- **Objectif 3 : poursuivre et amplifier la politique du logement**

La lutte contre le logement insalubre, de même que la recherche d'une meilleure effectivité de la loi DALO demeurent des axes prioritaires à mettre en œuvre. Seule une **politique volontariste de construction de logements sociaux** pourra permettre de combler la pénurie, notamment en Ile de France. Cela passe aussi par une **modification de la gouvernance de la politique du logement** aujourd'hui trop éclatée, comme le soulignent les économistes Jacques MISTRAL et Valérie PLAGNOL dans le rapport du conseil d'analyse économique intitulé *Loger les classes moyennes : la demande, l'offre et l'équilibre du marché du logement*, publié en janvier 2009.

Il conviendrait également de veiller au respect du ratio de 20% de logement sociaux prévus par la loi SRU. Une proposition visant à favoriser la mixité sociale pourrait être que le relogement des personnes ayant exercé leur droit opposable au logement, s'effectue de manière prioritaire dans les communes qui n'atteignent pas les 20% de logements sociaux. A défaut, le **préfet** pourrait utiliser son **pouvoir de substitution** afin de contraindre les maires à respecter la loi. Cette proposition pourrait se doubler d'une **augmentation de la marge d'appréciation des préfets** (limitée aujourd'hui à 46%) sur le montant **des sanctions financières à l'encontre des** collectivités ne respectant pas le quota et disposant de ressources foncières suffisantes.

- **Objectif 4 : poursuivre la politique de lutte contre l'exclusion**

Enfin, même si les inégalités sociales de santé agissent selon un continuum sur l'ensemble du gradient social, il convient toutefois de **ne pas écarter les politiques spécifiques de lutte contre l'exclusion sociale**. A cet égard, la récente mise en place du RSA nous semble une politique pertinente dans la mesure où elle cible la pauvreté sans pour autant marginaliser les populations. Le RSA encourage en effet la reprise d'activité alors que l'effet de seuil entre le RMI et l'emploi constituait plutôt un frein et ainsi une trappe à pauvreté. Il convient donc de **poursuivre cette politique**.

- **Objectif 5 : améliorer les conditions de travail et renforcer la prévention des risques professionnels**

L'amélioration des conditions de travail implique de mieux appréhender les **nouveaux risques professionnels** liés à l'intensification des rythmes du travail, au stress et à l'exposition à des substances dangereuses.

Les CHSCT pourraient s'investir pleinement dans ce travail d'identification. En outre, une **forte revalorisation de la médecine du travail** serait nécessaire afin d'attirer les étudiants médecins vers cette spécialité. Enfin, le **rôle des inspecteurs du travail** pourrait être renforcé en créant un **recours administratif préalable obligatoire à un éventuel recours contentieux, afin d'éviter les classements sans suite souvent observés.**

Par ailleurs, l'enquête SUMER conduite en 2006 a souligné le nombre important de salariés exposés à des risques CMR (cancérogène, mutagène, reprotoxique). A cet égard la législation en matière d'accident du travail et de maladies professionnelles apparaît incomplète. Aussi, les pouvoirs publics devraient **répertorier et reconnaître tous les cancers professionnels**, sur le modèle des risques de la reconnaissance des risques liés à l'amiante.

Les politiques d'accompagnement à la réduction des ISS doivent compléter les dispositions précédemment formulées.

3- Développer des politiques d'accompagnement visant à aider à la réduction des ISS

Pour limiter le différentiel social des comportements de santé une refonte des politiques de prévention paraît nécessaire, en les ciblant notamment sur des populations spécifiques.

- **Objectif 6 : accompagner la mise en œuvre des politiques de prévention ciblées**

S'agissant des cancers professionnels, ils constituent aussi un enjeu de santé publique à part entière qui nécessitent que des politiques de prévention ciblées soient mises en œuvre. En effet de nouveaux facteurs de risque sont régulièrement mis en évidence, comme par exemple tout récemment la découverte du risque lié à l'exposition aux goudrons.

Il convient de **sensibiliser les entreprises sur leur responsabilité** en matière de maladies professionnelles.

Concernant les cancers d'origine non professionnelle, à la suite de Pierre AIACH, le plan recommande la **diffusion de messages plus simples et plus adaptés** permettant à tous de se sentir concernés. Par exemple, la prévention en matière d'habitudes alimentaires doit tenir compte des facteurs sociaux car « *pour une population donnée il faut d'abord savoir ce que manger veut dire* » (Margaret MEAD).

Le lien entre disparités territoriales et inégalités sociales est inextricable Aussi, **des moyens humains et matériels supplémentaires** doivent être engagés au profit de la **recherche sur les ISS**.

- **Objectif 7 : développer la politique partenariale des ARS et l'action des réseaux de santé**

La mise en place des ARS offre une véritable opportunité d'optimiser la lutte contre les inégalités sociales de santé qui sont d'origine multisectorielle. Il incombera aux ARS d'affirmer notamment le rôle partenarial de l'agence, en lien avec le préfet, auprès des collectivités et à les accompagner dans la définition et la mise en œuvre des politiques locales d'aménagement du territoire.

De même, l'objectif affiché d'un décloisonnement entre le secteur sanitaire, le médico-social et la médecine de ville constitue en soi un levier d'amélioration pour un accès de tous au système de soin. L'intégration du volet prévention au sein des ARS participe également à cet objectif.

Les réseaux sont invités à mieux coordonner les aspects médicaux, sociaux et médico-sociaux de la prise en charge des patients, afin de satisfaire l'objectif d'un meilleur accès au système de soins, qui participe à la réduction des ISS. Un meilleur partage de l'information entre les réseaux et le médecin généraliste, premier interlocuteur des populations défavorisées, est donc vivement recommandé.

- **Objectif 8 : tarifier les actes de prévention et d'éducation à la santé**

L'objectif de lutte contre les inégalités sociales de santé s'inscrit dans le contexte de la tarification à l'activité (T2A). Aussi convient-il désormais de **valoriser les actes des**

psychologues pour l'accompagnement des personnes. De même il paraît nécessaire de **valoriser le rôle des infirmières éducatrices** dans l'éducation à la santé et la promotion de la santé. ²

Il serait utile également d'investir spécifiquement les médecins libéraux qui le souhaitent d'une nouvelle mission de prévention et d'éducation à la santé. Pour ce faire, **un nouveau statut de médecin généraliste « semi-salarié » devrait être instauré.**

Conclusion

Le constat des inégalités sociales de santé a révélé les limites de notre politique de santé. Du fait de son caractère multidimensionnel, la question des inégalités sociales de santé face au cancer nécessite des réponses fondées sur une collaboration avec l'ensemble des secteurs de la société dans le sens d'une approche globale (*Health In all Policies approach* – HIAP, selon les termes de l'OMS).

En effet, les inégalités en matière de santé sont étroitement imbriquées aux inégalités sociales. Or, les politiques fondées essentiellement sur la prévention ne suffisent pas à résoudre le problème et s'avèrent de surcroît culpabilisantes. Cet ensemble de causalités produit – au-delà de la simple addition des facteurs - ce que Pierre AIACH a nommé un « effet multiplicateur ».

Aussi, la prise en compte du problème des ISS implique un changement profond des représentations à tous les niveaux. Les approches des professionnels de santé vis-à-vis des inégalités sociales mériteraient d'être clarifiées et mieux formalisées. A ce titre l'information dont ils bénéficient est capitale. La recherche en la matière doit donc se poursuivre dans une perspective plus qualitative qu'elle ne l'est aujourd'hui.

La loi « Hôpital patients santé territoires », comportant l'objectif de réduction des ISS, contribue, en décloisonnant les différents secteurs de la santé, à ce changement de mentalités. La prochaine loi de santé publique, après la loi de 2004 et les deux plans cancer, devra amplifier les progrès déjà réalisés.

Bibliographie

- **Textes législatifs et réglementaires**

Loi n°2004-806 du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique

Loi n°2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires

- **Plans cancers**

PLAN CANCER 2003-2007

En ligne : http://www.sante.gouv.fr/htm/dossiers/cancer/plaquette_cancer.pdf

PLAN CANCER 2009-2013

En ligne : http://www.sante-sports.gouv.fr/IMG/pdf/Plan_cancer_2009-2013.pdf

- **Ouvrages**

AIACH P., MARSEILLE M., THEIS Ivan, 2004. *Pourquoi ce lourd tribut payé au cancer : Le cas exemplaire du Nord-Pas-de-Calais*, Editions ENSP, 320 p.

BASSET B. (éd.), 2009. *Agences régionales de santé : Les inégalités sociales de santé*, Editions INPES, 203 p.

BENASSY-QUERE A., COEURE B., JACQUET P., PISANI-FERRY J., 2009. *Politique économique*, Edition BOECK, 628 p.

LECLERC A., FASSIN D., GRANDJEAN H., KAMINSKI M., LANG T., 2010. *Les inégalités sociales de santé*, Editions La Découverte, 448 p.

NIEWIADOMSKI C., AIACH P., 2008. *Lutter contre les inégalités sociales de santé. Politiques publiques et pratiques professionnelles*, Editions EHESP, 282 p.

- **Articles**

CABUT S., 2 novembre 2009, « Le cancer prospère sur le terreau des inégalités », Le Figaro.fr

En ligne : <http://lefigaro.fr/sante/2009/11/02/01004-20091102ARTFIG003>

DESPLANQUES G., 1993, « L'inégalité devant la mort », *Données sociales - La Société française*, INSEE, pp. 251-258

GOLDBERG M., mars 2002, « La sous-estimation des conditions de travail », *BTS Newsletter*, n°18, p.21

Les inégalités sociales de santé en France en 2006 : éléments de l'état des lieux [numéro thématique], 2007. *Bulletin épidémiologique hebdomadaire*, n°02-03, pp. 9-28

En ligne : http://www.invs.sante.fr/beh/2007/02_03/beh_02_03_2007.pdf

MENVIELLE G., LECLERC A., CHASTANG J.-F., LUCE D., 2 septembre 2008. « Inégalités sociales de mortalité par cancer en France : état des lieux et évolution temporelle », *Bulletin épidémiologique hebdomadaire*, n°33, pp. 289-292.

MESRINE A., 1999, « Les différences de mortalités par milieu social restent fortes », *Données sociales - La Société française*, INSEE, pp. 228-235

PORNET C., DEJARDIN O., MORLAIS F., BOUVIER V., LAUNOY G., 30 mars 2010. « Déterminants socio-économiques de la participation au dépistage organisé du cancer colorectal, Calvados (France), 2004-2006 », *Bulletin épidémiologique hebdomadaire*, n°12, pp. 109-112

VOGEL L., mars 2002, « France : fortes inégalités sociales de santé », *BTS Newsletter*, n°18, p.20

- **Rapports**

Commission des déterminants sociaux de la santé de l’OMS, 2008. *Comblent le fossé en une génération : Instaurer l’équité en santé en agissant sur les déterminants sociaux de la santé*, Editions de l’OMS, 34 p.

Consortium DETERMINE, 2009. *Les arguments économiques en faveur de l’action sur les déterminants sociaux des inégalités de santé. Rapport du groupe de travail 5 du projet DETERMINE*, 55 p.

DREES, 2003. *Données sur la situation sanitaire et sociale en France en 2003*, 345 p.

Haut Conseil de la Santé Publique, 2009. *Les inégalités sociales de santé : sortir de la fatalité*, 99 p.

MARMOT M., 2010. *The Marmot Review (Executive summary): Fair society, Healthy lives*. University College London, 34 p.

MARMOT M., 2010. *The Marmot Review: Fair society, Healthy lives*. University College London, 34 p.

Organisation Mondiale de la Santé, 2008. *Rapport sur la santé publique dans le monde 2008 : maintenant plus que jamais*, Editions de l’OMS, 230 p.

Organisation Mondiale de la Santé, 2009. *Environment and health risk : a review on the influence and effects of social inequalities*, Editions de l’OMS, 254 p.

- **Sites Internet**

- <http://www.legifrance.fr>
- <http://www.ameli.fr>
- <http://www.sante.gouv.fr>
- <http://www.e-cancer.fr/>

- <http://www.e-cancer.fr/en/expertises-publications-de-l-inca/fiches-repere>
- <http://www.inegalites.fr>

Liste des annexes

Annexe n°1 : Grille d'entretien

Annexe n°2 : Compte rendu des entretiens

Annexe n°3 : Méthodologie du travail de groupe

Annexe n°4 : Extrait de l'article du figaro.fr du 2 novembre 2009

Annexe n°5 : Les déterminants sociaux de santé

Annexe n°6 : Les inégalités sociales de mortalité en France

ANNEXE N°1 : GRILLE D'ENTRETIEN

Nous sommes élèves au sein de l'Ecole des hautes études en santé publique (EHESP), et appartenons à un groupe de travail dans le cadre d'un module interprofessionnel de santé publique mêlant des inspecteurs des affaires sanitaires et sociales, des directeurs d'hôpitaux, des directeurs des soins ou encore des directeurs d'établissements sociaux et médico-sociaux.

Le thème d'étude choisi porte sur les inégalités sociales de santé du point de vue du cancer.

Notre objectif consiste à trouver des pistes afin de réduire les inégalités sociales de santé face au cancer et en faire un levier d'amélioration des politiques de santé.

Quelques grands thèmes qui reprennent la trame de notre plan vont jalonner l'entretien.

Thème 1 : Définition des inégalités sociales de santé

- Comment définissez-vous les ISS ?
- Comment se construisent-elles ?
- Comment les mesurer ?
- Cas particulier du cancer
- Objectivation de l'effet des ISS

Thème 2 : Spécialisation de la personne interviewée

- Avez-vous travaillé sur un thème particulier dans le cadre des ISS ? (si on ne le sait pas encore)
- Pourquoi avez-vous choisi de travailler sur ce thème ?
- A quelles conclusions êtes-vous arrivés ?
- Cas particulier du cancer

Thème 3 : Mesures existantes pour lutter contre les ISS

- Existe-t-il selon vous des mesures pour lutter contre les ISS aujourd'hui ?
Lesquelles ?
- Quels sont les freins à la mise en place des mesures existantes ?
- Que pensez-vous des mesures qui ciblent les populations précaires ?
- Doit-on lutter contre les ISS en réduisant les inégalités sociales ?

Thème 4 : Préconisations pour réduire les ISS

- Quelles seraient selon vous les solutions nouvelles pour réduire les ISS ?
- Quels freins pourrait-il y avoir ?

ANNEXE N°2 : COMPTES-RENDUS DES ENTRETIENS

Compte-rendu de l'entretien avec le Dr J-F LAURENT

Centre Eugène Marquis de Rennes

Mercredi 05 mai 2010

Thème 1 : Définition des inégalités sociales de santé

Thème de plus en plus présent : cf. occurrence du mot « inégalité » dans le Plan Cancer 1 = 0, dans le Plan Cancer 2 = 7

Les inégalités sociales de santé sont multifactorielles. Elles s'expliquent par :

- Exposition inégale aux risques : conditions de vie, profession...
- Accès différent à l'information en fonction de la classe sociale qui crée des inégalités dans la qualité de la prise en charge. Certains malades, mal informés, ne savent pas s'orienter et la prise en charge arrive souvent à un stade trop avancé de la maladie. Ces malades s'orientent alors vers les urgences plutôt que vers des centres spécialisés.
- Evolution sociologique (exemple de l'évolution du cancer du sein).

Elles se manifestent donc notamment au niveau de la prise en charge et au niveau de la survie.

Thème 2 : Spécialisation de la personne interviewée

Le Dr JF LAURENT est médecin coordonnateur DIM (Département d'Information Médicale) au Centre Eugène Marquis à Rennes. Le CEM est un centre de lutte contre le cancer.

Quelques éléments permettant de mettre en évidence les inégalités sociales de santé au CEM, de les prendre en compte et de lutter contre elles :

- Dans le cadre du PMSI, les RSFA (résumés standardisés de facturation anonymes) permettent de connaître le statut de la couverture d'assurance maladie de chaque patient. Le Dr LAURENT souhaiterait d'ailleurs pouvoir faire une étude sur la relation entre statut social et évolution de la maladie à partir de cet outil.
- Dans le cadre du 3C (Centre de Coordination en Cancérologie), une évaluation du dispositif d'annonce est réalisée. Ce dispositif intègre : diagnostic, annonce de la pathologie, repérage des difficultés du patient (notamment des difficultés sociales).

- Au CEM, tous les médecins sont salariés. Il n'y a donc pas d'activité libérale et donc pas de dépassement d'honoraires.
 - Le DISSPO (département interdisciplinaire de soins et de support aux patients en oncologie) organise et coordonne les soins complémentaires au traitement de la maladie : socio-esthéticienne, diététicien, psychologue, masseur kiné,...
- Exemples d'outils mis en place dans le cadre de ce département : Plan personnalisé de soins est réalisé et préparation à la sortie (emploi, prise en charge à domicile...).

Thème 3 : Mesures existantes pour lutter contre les ISS

Certaines mesures existent :

- Couverture sociale ; ALD (affection de longue durée)
- Prise en charge psychologique, logique de coordination
- Assistante sociale
- Suivi social après le traitement du cancer

Frein : le système actuel est complexe et il faut bien le connaître pour pouvoir en bénéficier. Aussi, il peut lui-même contribuer à créer de nouvelles inégalités.

Limites du dépistage selon lui :

- Problème d'efficacité (ex. cancer du sein)
- Problème d'organisation (ex. cancer de l'utérus)
- Problème du rapport bénéfice/ risque (ex. cancer de la prostate).

Thème 4 : Préconisations pour réduire les ISS

Il faudrait agir sur les inégalités sociales pour réduire les ISS et notamment les inégalités sociales face au cancer.

Autre piste : encourager les médecins à faire de la prévention (notamment avec un statut de semi-salarié), développer des centres de santé...

Compte-rendu de l'entretien avec Séverine DEGUEN
Enseignante-Chercheur au département « Santé, Environnement, Travail »
À l'EHESP
Mercredi 05 mai 2010

Thème 1 : Définition des inégalités sociales de santé

- Lien entre augmentation du risque sanitaire et défaveur sociale.
- Angle socio-économique contextuel : l'objectif est de trouver des applications en termes d'outils d'aide à la décision.
- Importance du contexte de vie : identification de zones géographiques où il existe des inégalités.

Thème 2 : Spécialisation de la personne interviewée

Séverine DEGUEN travaille au sein du département « Santé, Environnement, Travail » de l'EHESP.

La recherche en épidémiologie environnementale est un sujet qui a émergé en Europe dans les années 2000. L'EHESP a lancé en 2005-2006 un projet de recherche sur ce thème auquel participe S. DEGUEN.

Deux mécanismes explorés dans ce cadre :

- Problèmes de santé liés au niveau d'exposition élevé à la pollution,
- A niveau d'exposition identique, lien entre capital santé défavorable et inégalités sociales de santé.

Notion de « différentiel d'exposition » et « différentiel de vulnérabilité ».

Préconisation : envisager le problème d'aménagement urbain d'une manière globale (mixité sociale, densité transport, services à proximité,...).

Thème 3 : Mesures existantes pour lutter contre les ISS

Selon S. DEGUEN, les mesures actuelles pour lutter contre les inégalités sociales de santé ne sont pas efficaces.

Ces mesures sont trop ciblées et surtout curatives. Par exemple, le problème du saturnisme a été traité avec succès à Aubervilliers grâce à des investissements importants. Mais, il s'agit d'une mesure ponctuelle, ayant une portée limitée. Le problème n'a pas été résolu à la base car la question des inégalités sociales n'a pas été résolue. Le problème du

saturnisme va donc être remplacé par exemple par des difficultés respiratoires liées à l'humidité, à la pollution...

Thème 4 : Préconisations pour réduire les ISS

Trois pistes principales pour réduire les ISS en France :

- Développer la coordination et mettre en commun les forces,
- Développer la recherche sur le sujet et notamment travailler sur les outils de mesures des ISS (outils à mettre à disposition des ARS notamment),
- Faciliter l'accès aux données (la France est en retard sur ce point contrairement au Royaume-Uni par exemple).

Freins : tabous sociaux, peur de la stigmatisation, tabous ethniques (notamment pour le recueil des données).

Compte-rendu de l'entretien avec Emilie COUNIL

Epidémiologiste

Vendredi 7 mai 2010

- Définition des inégalités sociales de santé, et des indicateurs de mesure ;
- Explication des différentes approches possibles.

Le cancer lié aux risques professionnels

Elle considère que la responsabilité des facteurs professionnels est sous-évaluée. Par exemple, dans une étude de l'académie nationale des sciences, seulement 5 à 8 % des cancers sont reconnus d'origine professionnelle, ce qui semble être trop faible par rapport à la réalité. Il y a une sous-estimation de la part des expositions professionnelles dans les cancers et de réelles inégalités de survenue:

Les substances cancérigènes ne sont pas interdites dans le monde du travail à l'exception de l'amiante. Seulement, même si l'amiante est interdite, elle reste dans les bâtiments, ainsi les ouvriers des BTP restent particulièrement exposés à l'amiante. Il existe de nombreuses substances CMR: c'est à dire des substances chimiques à caractère mutagènes et cancérigènes. De plus, les travailleurs subissent une poly exposition aux facteurs de risque.

Il est nécessaire selon elle de mettre en place une réglementation qui pose une limite à l'utilisation de ces substances ou à une protection physique plus efficace des travailleurs.

Une des conclusions de son travail de recherche

Depuis la mise en place du travail par intérim, au début des années 70, il y a un phénomène de délocalisation du risque. On transfère le risque cancérologique de l'intérieur de l'entreprise, vers des entreprises de sous-traitance. Les entreprises ont tendance à délocaliser les opérations

Les mesures individuelles comme la promotion individuelle de la santé se sont avérées inefficaces. Il est nécessaire, selon elle, de cibler les populations les plus

vulnérables, au sein du monde du travail. C'est une politique de l'emploi plus que de la santé dont on a besoin.

Il est nécessaire de donner plus de moyens à l'inspection du travail. En effet, les sanctions se limitent à des amendes, mais une fois qu'elles sont payées, rien n'assure que les conditions de travail au sein de l'entreprise évoluent. Il n'y a aucune garantie de changement.

La médecine du travail est rémunérée par le chef d'entreprise, ce qui pose un problème d'impartialité et d'efficacité du médecin du travail, qui se trouve dans une position délicate face à son employeur.

Il faudrait baisser les expositions des travailleurs aux facteurs de risques. Mais pour cela il faudrait appliquer le décret CMR ce qui n'est pas le cas.

Il faut également reconsidérer les troubles psychosociaux. Il est nécessaire de prendre en considération l'impact de tels troubles. Comment le stress peut-il augmenter l'action des substances chimiques dans le développement d'un cancer ?

Que faire dans le futur ?

- Cas de la sous-traitance des risques : mettre l'accent sur le respect de la réglementation
- Raisonner en termes d'identification des groupes les plus vulnérables
- Analyser à quel moment de la trajectoire de vie il est le plus opportun d'intervenir

Il est nécessaire de mettre en place des politiques au niveau national afin de réduire les ISS, qui ont des dimensions très sociétales.

Exemple étudié au Québec chez les Inuits: il y avait un problème d'obésité, de mal nutrition. Faut-il faire de l'éducation à la nutrition, à la santé ?

Le problème est cependant structurel: manque de moyens financiers, faible choix de nourriture, difficulté d'accès aux magasins... l'environnement alimentaire est « obésigène ». L'éducation nutritionnelle est trop limitée, il faut agir sur l'environnement en général.

Les grandes politiques sont déterminantes mais les politiques locales sur les populations vulnérables sont primordiales (par exemple: Aiach en NPDC) il y a une dimension territoriale dans le cumul des ISS, une action spécialisée est à mener sur certains territoires.

Compte-rendu de l'entretien avec Pierre AIACH

Sociologue

Vendredi 7 mai 2010

De manière générale, Monsieur AIACH nous invite à se référer à sa thèse telle qu'elle a été exposée dans ses ouvrages.

Lors de l'entretien téléphonique, il a toutefois rappelé que le cancer occupait une place de plus en plus grande dans la mortalité et dans les inégalités. Il serait à l'origine de 40% des inégalités.

Positionnement doctrinal

Pour MARMOT, les ISS reposent sur des facteurs comportementaux et psychosociaux dès lors qu'il a une approche individualiste.

Il considère pour sa part que les ISS sont le produit des inégalités sociales. C'est pourquoi, il apparaît nécessaire de mettre en œuvre plus de justice sociale dans la répartition des revenus, dans les conditions de travail, dans l'environnement, au sein des entreprises et des lieux de travail en essayant de voir qui est atteint d'un cancer et qui ne l'est pas. Il a en conséquence une approche structurelle des ISS fondée sur une analyse du système économique.

La question de la prévention

En matière de prévention, il considère que si elle peut améliorer l'état de santé de la population de manière globale, elle a aussi pour effet de creuser les inégalités. Il semble nécessaire d'améliorer le dépistage pour les catégories les plus populaires. A ce jour en effet, le dépistage concerne davantage des individus qui ont les moyens culturels et intellectuels de se l'approprier. Par ailleurs, il existe un facteur de vulnérabilité différentielle : la prévention n'a pas les mêmes effets selon les contextes et les conditions matérielles. Les recommandations en termes de prévention sont suivies par les individus que si d'une part leurs conditions matérielles sont favorables, d'autre part, s'ils sont en capacité d'intégrer les messages. Or, la santé n'est pas la préoccupation majeure des

personnes en situation de précarité car la santé est un luxe (cf situation des chômeurs ou des immigrés en situation irrégulière).

Dans ce contexte, les CSP supérieures et moyennes sont plus aptes à intégrer le système normé et préventif.

Critique du dispositif existant en matière de lutte contre les ISS

Selon lui, des mesures existent que dans le domaine des risques professionnels et le dispositif existant apparaît satisfaisant.

Il s'oppose à toute politique tendant à procéder à un ciblage des populations, sauf en cas d'exception (exemple : le cancer du col de l'utérus).

Il convient en effet de tenir compte de l'histoire des individus, d'un groupe car la maladie n'est pas un moment de l'histoire mais le résultat d'un passé.

Les obstacles à toute politique de réduction des inégalités sont d'ordre politique car il ne faut pas stigmatiser une population qui l'est déjà.

La solution consiste à s'attaquer aux autres domaines d'inégalités et de favoriser la justice sociale notamment par l'amélioration de l'accès aux soins, par la fiscalité. Elle doit être menée à l'échelle nationale. AIACH ne croit pas en effet au succès d'une politique qui serait initiée à l'échelon local.

Enfin, s'agissant des maladies professionnelles, il a le sentiment qu'il est encore possible de réduire les risques en effectuant davantage de contrôles des expositions aux risques. Toutefois, il existe des enjeux en termes d'emploi. La fermeture de la SEITA ne semble pas réaliste.

Compte-rendu de l'entretien avec Docteur Daniel Pencole

Médecin coordonnateur du réseau Onco-Rennes

Lundi 10 mai 2010

Le but de ce réseau est d'améliorer les conditions de sortie des malades atteints d'un cancer et leur suivi. Une fois que les soins sont terminés, de nouvelles difficultés apparaissent : les répercussions sociales, psychologiques...

La structure est composée de 5 professions différentes :

- Un médecin
- Une psychologue

Elle intervient en moyenne trois, quatre fois auprès de la personne atteinte du cancer mais également son entourage.

- Une infirmière coordonnatrice du réseau
- Une assistante sociale

Le travail de l'assistante sociale est axé sur les personnes isolées, en effet, ces dernières quelque soit leur milieu social sont les plus vulnérables notamment au niveau financier. Les revenus, en cas de maladie, sont très fortement impactés. L'isolement est donc un réel problème au niveau financier, mais également psychologique. Ces personnes nécessitent une attention et un soutien particulier.

Le réseau, à travers l'assistante sociale, intervient dans le but de lutter contre l'exclusion sociale, la précarité des personnes atteintes d'un cancer, les conditions d'existence des individus ont des répercussions sur le traitement.

- Une esthéticienne/diététicienne

Il y a une cabine d'esthétique qui s'occupe de soins divers, perruques... tout ce qui touche au corps.

Le réseau a pour mission également de faciliter le lien entre la ville et l'hôpital. Il y a 920 généralistes dans le département d'Ile et Vilaine. Or, en moyenne, chaque praticien a un ou deux patients atteints d'un cancer, ce qui est très peu et donc les professionnels ont des difficultés à se sentir compétents. De plus le contact est très délicat à instaurer vu le nombre d'interlocuteurs.

Actuellement, le travail entrepris est de regrouper toutes les ressources du réseau, afin d'en faire un interlocuteur unique.

De plus il sera nécessaire de faire un effort de lisibilité et de visibilité auprès des malades et des professionnels. Parce que les outils répondent bien à la demande des malades, mais ils ne sont pas assez connus.

Il faut, en effet, que le patient vienne chercher la prestation du réseau.

Flux : 500 nouvelles personnes par an

Financement : dotation globale assurance maladie (450 000 euros)

Délai de prise en charge : Assistante sociale : délai de 3 semaines

Psychologue : délai de 3 mois environ

Compte-rendu de l'entretien avec Sylvain Pleyber

Responsable Réseau de Soins, URCAM

Lundi 17 mai 2010

A la première question qui portait sur l'articulation entre réseaux de soins et inégalités sociales de santé, Mr Pleyber rappelle un préalable : la création des ARS, qui visent explicitement une réduction des ISS. Au contraire, l'approche inégalités sociales de santé n'est pas spécifiquement identifiée dans le cadre des réseaux. Les objectifs de tels réseaux sont une meilleure efficacité du système de santé et mettre plus de liens entre les acteurs. Il s'agit de mieux coordonner l'ensemble des politiques, de limiter les cloisonnements.

Les réseaux de soins ne nourrissent pas une approche populationnelle des choses. D'autres institutions le font, comme par exemple les centres d'exams de santé qui effectuent dans leur travail un ciblage sur les populations défavorisées.

Plus particulièrement, les réseaux santé en cancérologie visent principalement à harmoniser les pratiques, à travers notamment des réunions de concertation pluridisciplinaires. Dès lors, on voit bien que la qualité d'une prise en charge dépend non pas du professionnel mais d'une vision transversale partagée entre plusieurs professionnels.

Malgré tout les réseaux restent ouverts à l'ensemble de la population, même si l'accès à l'information sur le système de santé demeure plus difficile pour les catégories défavorisées. En ce sens les réseaux de santé garantissent une certaine égalité d'accès au système de soins.

Concernant la possibilité d'une réponse individualisée de la part des réseaux, Mr Pleyber répond que ces derniers se fondent sur deux niveaux d'organisation. D'une part, les réseaux visent surtout une amélioration des pratiques entre les professionnels. A côté de cela, la prise en charge individualisée demeure beaucoup plus limitée. Au-delà de la promotion des bonnes pratiques, la fonction de guidage des patients est limitée. Les logiques de financement expliquent en partie cette situation, même si la prise en charge individualisée existe en partie via des crédits MIG consacrés au soutien psychologique.

Mais les patients ne sont pas toujours en mesure de recevoir l'information. Dès lors, des structures organisées qui reviennent sur la question sont utiles. Ce type de structures est décisif concernant la question du maintien à domicile et peut aider les populations à faire face à des problèmes de prise en charge. Les réseaux sont construits de manière à répondre à ces besoins. En effet concernant le volet médical, l'infirmière ou le médecin coordonnateur par exemple peuvent aider les patients à faire des choix. Du côté médico-social, Sylvain Pleyber souligne bien « la nécessité d'avoir un temps d'assistante sociale dans les réseaux » afin d'aider les personnes à faire face au cancer.

A notre questionnement quant au mode de financement des réseaux, Mr Pleyber précise que les réseaux santé sont financés par le *Fonds d'Intervention pour la Qualité et la Coordination des Soins* (FIQCS). Depuis 2009, des enveloppes MIG sont dédiées à la cancérologie. Au niveau des grandes masses financières, un réseau de cancérologie représente entre 400 000 euros et 600 000 euros.

Un dernier levier d'amélioration réside dans un meilleur partage d'informations entre les réseaux de santé et la médecine de ville. « Il faut que le généraliste joue le jeu des réseaux ».

L'une des dernières questions a porté sur le passage de l'URCAM à l'ARS. Le bilan est globalement positif d'abord au niveau de l'articulation des financements. En effet, l'ARS offre un cadre plus favorable à une harmonisation des financements. D'autre part le passage – au sein des réseaux - entre le médico-social, à travers les volets maintien à domicile et soins palliatifs, et le sanitaire se trouve facilité. Cela permet d'organiser une certaine fluidité vis-à-vis du patient. Malgré tout, l'image des réseaux en tant qu'émanation de l'hôpital reste tenace, ce qui peut constituer un frein pour une implication réelle de la médecine de ville.

ANNEXE N°3 : METHODOLOGIE

1. Le cadre de travail

Le module interprofessionnel (MIP) de santé publique s'est déroulé du **3 mai au 21 mai 2010**.

Le but de ce module était de travailler collectivement sur une problématique donnée, afin de dégager un état des lieux ainsi que de proposer des préconisations au regard du sujet donné.

Le module était orienté vers les inégalités sociales de santé (ISS), et plus précisément leur rôle et leur poids en matière de cancer. Le sujet de notre MIP était « *les inégalités sociales de santé (ISS), un enjeu majeur dans la définition de la politique de santé publique* ».

Le module étant fondé sur l'interfiliarité, il a regroupé pendant ces trois semaines des personnes de différentes filières. Le groupe était composé d'un directeur des soins, d'un directeur d'hôpital, de quatre directeurs d'établissement sanitaire, social et médico-social, et de deux inspecteurs de l'action sanitaire et sociale.

2. La méthode de travail envisagée

- La lecture et l'appropriation des informations.

La première étape de notre travail a été d'**identifier la bibliographie nécessaire** à notre travail. Une fois les documents identifiés, une répartition de lecture a été faite dès le premier jour dans le groupe afin que chacun puisse effectuer un compte-rendu rapide de sa lecture. Après la lecture des différents documents, le deuxième jour a été consacré à une restitution des informations recueillies.

- La prise de rendez-vous auprès de professionnels.

Il a également été décidé le premier jour de **se répartir les rendez-vous** déjà pris par M. FREUND, responsable de notre module, ainsi que d'obtenir des entretiens supplémentaires. Aussi, deux à trois personnes se sont positionnées sur les rendez-vous pris. A ce titre, il nous a semblé nécessaire d'avoir le point de vue de différents professionnels (URCAM, sociologue, médecin-coordonnateur de réseau Onco-Rennes,

médecin-coordonnateur DIM au Centre Eugène Marquis à Rennes, enseignant-chercheur, épidémiologiste), pour approfondir et mieux appréhender notre problématique. Chaque entretien a été suivi d'une discussion au sein du groupe et d'une restitution écrite.

- L'élaboration d'une problématique.

Au regard des éléments recueillis lors de nos lectures, la problématique, discutée puis finalisée à la fin de la première semaine a été la suivante : **comment réduire les inégalités sociales face au cancer et en faire un levier d'amélioration des politiques de santé ?**

- La structure des entretiens et leur déroulement.

Etablir une première trame de notre rapport au regard des lectures effectuées a ainsi pu aider à **l'élaboration d'une grille d'entretien**. Celle-ci a été construite au regard des idées que nous souhaitions insérer dans notre travail, à savoir la définition de la réduction des ISS tout d'abord, aux mesures existantes pour lutter contre les ISS, et enfin aux préconisations qui pouvaient être envisagées. Il était intéressant en outre de recueillir lors de ces entretiens le point de vue de la personne au regard du métier qu'elle exerce quant à la problématique des ISS. Les entretiens se sont déroulés entre la première et la deuxième semaine.

- Les premières réflexions sur la structure du plan et son élaboration.

Celles-ci se sont faites à la fin de la première semaine de travail et ont permis de dégager les points essentiels à développer afin de répondre à la problématique qui avait été dégagée. Il est apparu nécessaire de s'intéresser dans un premier temps au constat de l'enjeu majeur que constitue la réduction des ISS, ainsi qu'aux analyses faites sur ce sujet. Ces différentes réflexions amenaient ainsi à poser la question de nouvelles stratégies dans la lutte contre les inégalités, au vu de politiques semblant être encore insuffisantes. Le plan et la problématique ont été validés la deuxième semaine auprès de M. Freund.

3. L'étape de la rédaction.

Le plan terminé, une répartition a été faite au sein du groupe. En ayant travaillé collectivement et de manière détaillée sur les points à développer dans la rédaction, il nous a semblé préférable que chaque membre du groupe puisse rédiger une partie du rapport.

4. La finalisation du rapport.

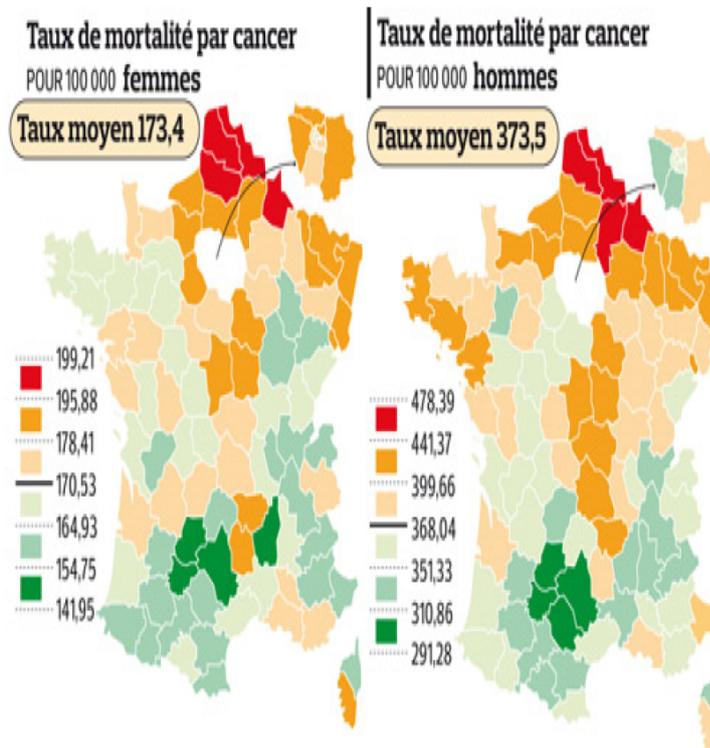
La fin de la deuxième semaine a été consacrée à la **rédaction individuelle**. Lors de la troisième et dernière semaine du module, le groupe s'est réuni pour une **relecture collective** du mémoire rédigé. Il a été également décidé de répartir entre les membres du groupe la finalisation du travail, à savoir la production des annexes, de la bibliographie, de la méthodologie de travail, et d'une relecture pour reprendre les points corrigés par le groupe. Enfin, l'ensemble du groupe, après ces derniers éléments ajoutés, a effectué une dernière lecture avant le dépôt du rapport.

LE FIGARO · fr

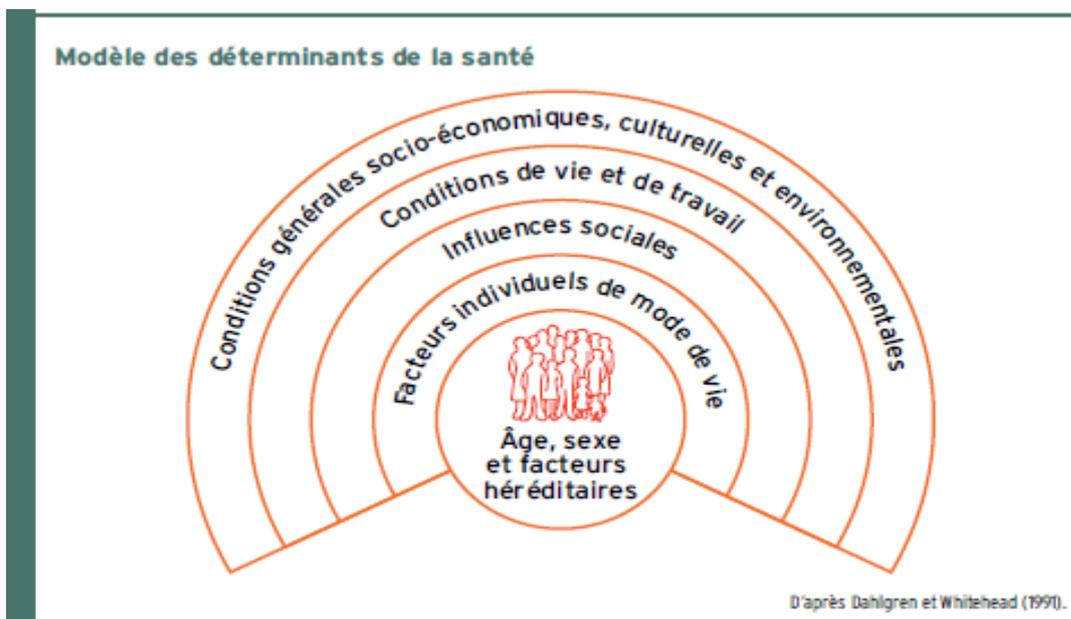
Le cancer prospère sur le terreau des inégalités

Sandrine Cabut

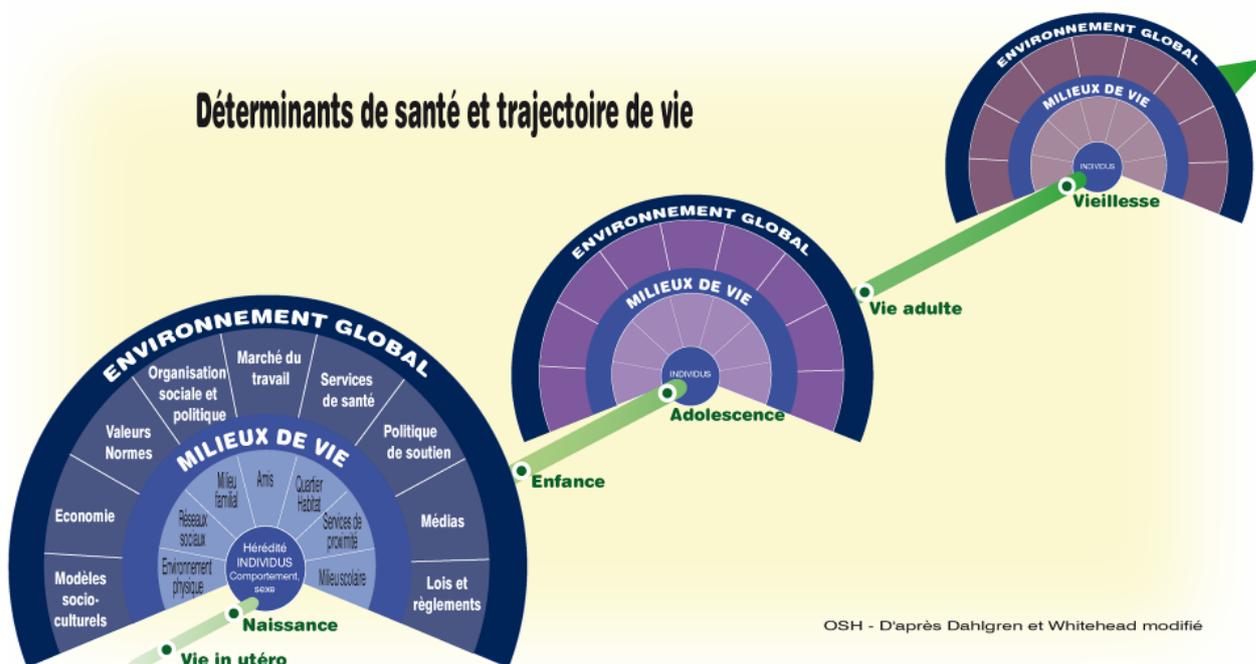
02/11/2009 | Mise à jour : 16:37 | Commentaires **39** | Ajouter à ma sélection



ANNEXE N°5 : LES DETERMINANTS SOCIAUX DE LA SANTE



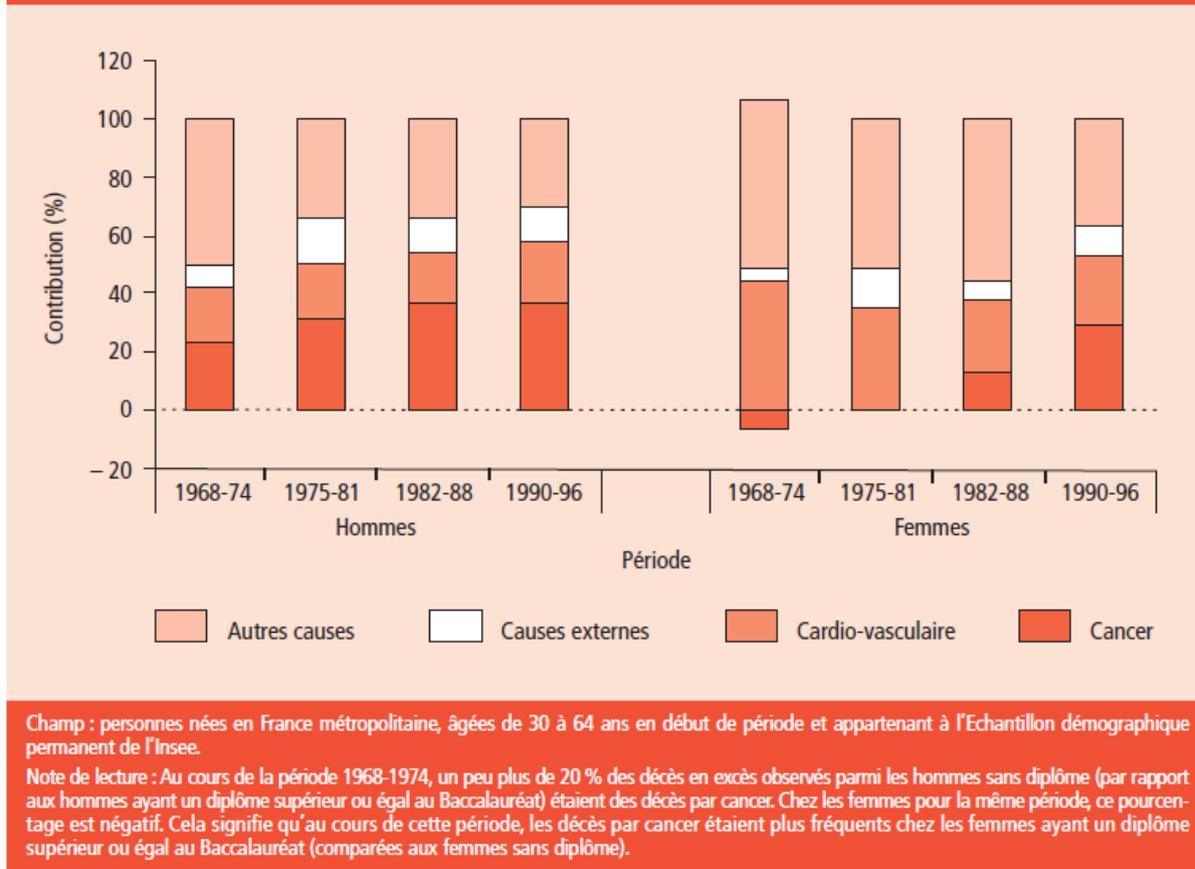
Extrait de l'ouvrage dirigé par B. BASSET en 2009 : *Agences régionales de santé : Les inégalités sociales de santé*, Editions INPES.



Extrait de l'animation pédagogique « Les inégalités sociales de santé » réalisée par le Réseau de recherche en santé des populations du Québec en 2009.

ANNEXE N°6 : LES INEGALITES SOCIALES DE MORTALITE EN FRANCE

Figure 1 Contribution (%) des différentes causes de décès à la mortalité en excès parmi les personnes sans diplôme comparées à celles ayant un diplôme supérieur ou égal au baccalauréat en fonction de la période (Hommes et femmes), France, 1968-1996 / *Figure 1 Contribution (%) of the different causes of death to excess mortality in people with incomplete elementary education (reference: high school degree or higher), by period (Men and women). France, 1968-1996*



Extrait du *Bulletin épidémiologique hebdomadaire* du 2 septembre 2008 : « Inégalités sociales de mortalité par cancer en France : état des lieux et évolution temporelle ».