

ÉTUDES et RÉSULTATS

juin 2026
n° 1374

Sous embargo jusqu'au 04/06/2026 à 06h00

Incidence des cancers : les personnes modestes développent plus souvent des formes graves, diagnostiquées plus tardivement

En France, si le cancer dans son ensemble touche toutes les catégories sociales, l'incidence des différents cancers, c'est-à-dire le nombre de nouveaux cas diagnostiqués sur une période donnée, diffère selon le niveau de vie des personnes touchées et la localisation de leur tumeur. Entre 2013 et 2020, parmi les quatre cancers les plus fréquemment diagnostiqués (sein, prostate, poumon, colorectal) en France hors Mayotte, le cancer du poumon se développe plus souvent chez les personnes modestes, tandis que les cancers du sein et de la prostate touchent davantage les personnes au niveau de vie plus élevé. Les plus modestes développent plus souvent des cancers de mauvais pronostic et des cancers susceptibles d'être évités, car associés à des facteurs de risque connus.

Lorsqu'un cancer survient, il est aussi plus fréquemment diagnostiqué à un stade avancé chez les plus modestes, laissant présager des inégalités de survie. Les cancers diagnostiqués plus tardivement chez les plus modestes que chez les plus aisés correspondent à des cancers pour lesquels il existe des dépistages.

Hadrien Le Mer, Diane Naouri (Drees), Romain Varnier (Inserm)
> Les auteur.e.s remercient Marie Viprey

Sommes-nous tous égaux face au cancer ? En France, les inégalités sociales d'incidence¹ ont été étudiées (Allain, 2022) pour l'ensemble des maladies chroniques repérables parmi les données de l'Assurance maladie à partir de l'EDP-Santé (*encadré 1, encadré 2*). Au sein de cette cartographie des inégalités sociales d'incidence de maladies chroniques, les cancers font apparemment figure d'exception : il s'agit de la seule pathologie chronique pour laquelle les personnes disposant du niveau de vie le plus élevé présentent une incidence comparable à celle des personnes ayant le niveau de vie le plus faible.

Est-ce à dire que le cancer est une maladie aléatoire ? La réponse peut varier selon qu'il s'agit du cancer ou des cancers. Tandis qu'un certain nombre de travaux scientifiques approchent le cancer comme une « maladie du temps », essentiellement due à l'âge et au « manque de chance »

(Tomasetti et Vogelstein, 2015), une partie de la littérature épidémiologique fait état d'une incidence plus élevée de certaines localisations de cancer dans les territoires les plus désavantagés, à la fois en France (Bryere *et al.*, 2017) et à l'étranger (Ádány *et al.*, 2024 ; Parkin *et al.*, 2011 ; Tweed *et al.*, 2018 ; Jansen *et al.*, 2023).

Deux résultats coexistent donc. D'une part, si l'on considère tous les cancers ensemble sans en distinguer les localisations, les cancers constituent une maladie chronique autant incidente chez les plus aisés que chez les plus modestes (on identifie un « gradient d'incidence plat »). D'autre part, si l'on considère les différentes localisations de cancer, certaines localisations de cancer seraient plus incidentes chez les plus modestes, tandis que d'autres seraient plus incidentes chez les plus aisés. Le tout serait susceptible de se compenser lorsque l'ensemble des localisations sont prises en compte. ●●●

1. L'incidence se calcule en rapportant le nombre de nouveaux cas d'une maladie pendant une période de référence (ici un an) à la population qui n'était pas malade au début de la période. Elle porte sur le flux de nouveaux malades et mesure ainsi le risque de tomber malade.

Le cancer du poumon plus fréquent chez les plus modestes, ceux de la prostate et du sein plus fréquents chez les plus aisés

Parmi les quatre localisations de cancer les plus fréquentes en France (cancer du sein, de la prostate, du poumon et colorectal) [Lapôtre-Ledoux *et al.*, 2023], certaines sont plus incidentes chez les plus aisés (sein, prostate), tandis que d'autres sont plus incidentes chez les plus modestes (poumon, et dans une moindre mesure colorectale).

Les personnes appartenant au premier dixième de niveau de vie² (D1) ont ainsi 1,9 fois plus de risque de développer un cancer du poumon que celles appartenant au dernier dixième. Cette plus grande incidence du cancer du poumon parmi les personnes les plus modestes est plus marquée chez les hommes que chez les femmes. En effet, les hommes appartenant au 10 % les plus modestes ont 2,2 fois plus de risque de développer un cancer du poumon que ceux appartenant au dixième de niveau de vie le plus haut (D10), tandis que ce rapport d'incidence est de 1,7 pour les femmes (*graphique 1*).

Cette concentration des cancers du poumon chez les plus modestes est cohérente avec ce que la littérature française identifie (Pouchin *et al.*, 2024 ; Onwuka *et al.*, 2025). Les méta-analyses internationales (Sidorchuk *et al.*, 2009 ; Onwuka *et al.*, 2025) relèvent également des inégalités socio-économiques d'incidence du cancer du poumon plus marquées chez les hommes. Cependant, en France, ces inégalités n'avaient pour l'instant été mises en évidence qu'à l'échelle écologique, c'est-à-dire en caractérisant le niveau socio-économique des personnes à partir de leur zone de résidence (commune ou Iris³). L'EDP-Santé permet de

Encadré 2 Cancer, tumeurs, gravité : comment les repère-t-on ?

La caractérisation d'une tumeur solide (en opposition avec les cancers du sang) nécessite des examens approfondis, notamment des prélèvements (biopsies, cytoponctions) permettant de confirmer le diagnostic et de classer **histologiquement** (c'est-à-dire selon l'aspect microscopique du tissu tumoral) le type du cancer. À localisation équivalente, le risque invasif peut différer en fonction du type histologique de chaque cancer. Le **stade** du cancer est ensuite défini à partir d'examens complémentaires (imageries pour mesurer la taille de la tumeur, identifier une atteinte ganglionnaire ou des métastases à distance).

Dans le domaine médical, la gravité d'une tumeur solide se définit par rapport à la classification TNM. Le T renvoie à la taille de la tumeur primitive, le N renvoie à l'atteinte ganglionnaire (*node* en anglais), le M renvoie aux métastases. Les différents stades de cancer correspondent à des regroupements de classification TNM. Telle quelle, la classification TNM n'est pas accessible dans les données médico-administratives du système national des données de santé (SNDS) de l'Assurance maladie. De manière générale, la classification internationale des maladies (CIM-10) se centre plus sur la différenciation topographique – ou localisation – des cancers (l'endroit du corps où ils se situent) que sur leur caractérisation histologique (leur degré d'avancement). Elle permet néanmoins de distinguer les tumeurs « *in situ* » (code CIM-10 en « D ») des tumeurs plus invasives (code CIM-10 en « C »). On parle de tumeur « *in situ* » (ou de cancer stade 0) lorsque la prolifération des cellules cancéreuses ne franchit pas une membrane appelée membrane basale, et conserve donc un pouvoir invasif limité (bien que non nul, à la différence des tumeurs bénignes).

Encadré 1 Sources et méthode

Sources

Les données de cette étude proviennent de l'EDP-Santé, une base de données qui croise l'échantillon démographique permanent (EDP) de l'Insee aux données de consommation de soins et d'hospitalisation issues du système national des données de santé (SNDS) [Dubost, Leduc, 2020]. Cet échantillon couvre environ 4,4 % de la population française et permet d'étudier les inégalités sociales au niveau individuel, c'est-à-dire plus finement que ne le permettent les indicateurs écologiques mobilisés dans les études à partir du SNDS seul.

Champ de l'étude

L'étude porte sur les personnes vivant en France métropolitaine ou dans les départements et régions d'outre-mer (hors Mayotte), présentes dans le champ fiscal de l'EDP-Santé entre 2013 et 2020, n'ayant pas été diagnostiquées d'un cancer avant 2013. Le fait d'exclure toutes les personnes ayant été diagnostiquées d'un cancer avant 2013 (personnes prévalentes) permet d'étudier le risque de développement de la maladie (incidence) à partir d'une population initialement « saine ». Les analyses en termes de gravité du cancer (*encadré 2*) sont construites à partir du sous-champ des personnes atteintes d'une tumeur solide invasive à partir de 2013 (sans l'avoir été jusque-là). Les cancers hématologiques sont exclus des analyses du fait de leurs spécificités en termes de prise en charge, qui ne permettent pas de déterminer leur gravité comme pour les tumeurs solides. En cas de déclenchement de plusieurs cancers sur la période d'étude, seule la première localisation est retenue dans l'analyse.

Méthode

Pour mesurer l'incidence d'une maladie l'année N, il faut partir d'une population indemne au début de la période, c'est-à-dire pour laquelle la maladie n'est pas déjà apparue, afin de comptabiliser uniquement les nouveaux cas pendant l'année. Pour ce faire, sur la période 2008-2012, l'ensemble des déclarations d'affection de longue durée (ALD) et des hospitalisations avec un diagnostic (principal, relié ou associé) de cancer

sont prises en compte. Étant donné que le cancer de la prostate peut être pris en charge en ville sans donner lieu à une hospitalisation, les patients masculins âgés de plus de 40 ans faisant l'objet d'un traitement médicamenteux du cancer de la prostate entre 2008 et 2012 sont également exclus de la cohorte.

Une fois cette population indemne de cancer définie, les ALD et les séjours d'hospitalisation sont utilisés cette fois-ci pour identifier à partir de 2013 la première apparition d'un cancer ainsi que sa localisation, dans la continuité de la cartographie des pathologies élaborée par l'Assurance maladie. Pour le cancer de la prostate uniquement, les médicaments traceurs sont également utilisés pour identifier l'apparition de la maladie, dans le cas où le traitement médicamenteux serait antérieur à l'hospitalisation ou la mise en ALD. L'évaluation de la gravité du cancer repose ensuite sur les modalités de prise en charge observées (actes et traitements, *encadré 2*).

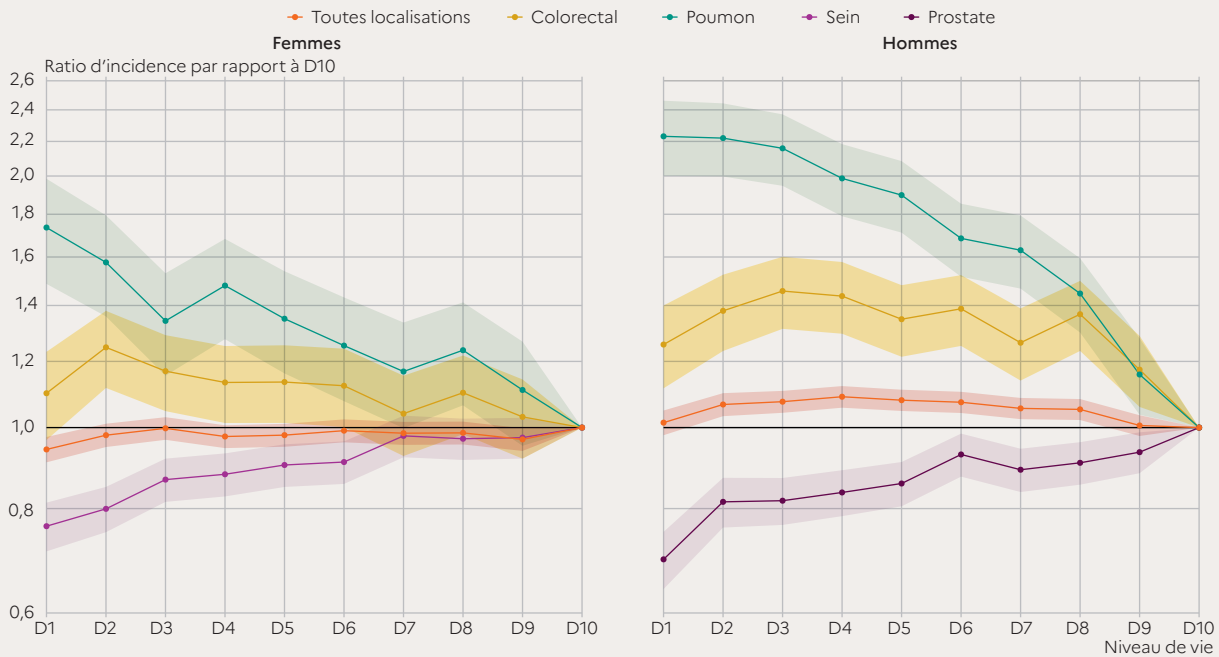
L'incidence se calcule en rapportant le nombre de nouveaux cas d'une maladie pendant une période de référence (ici huit ans, entre 2013 et 2020) à la population qui n'était pas malade au début de la période. Elle porte sur le flux de nouveaux malades et mesure ainsi le risque de tomber malade. Si une personne tombe malade une année, elle est exclue pour les années suivantes.

Les taux annuels de survenue sont standardisés afin de neutraliser l'effet de l'âge et du sexe. Pour ce faire, les taux de survenue pour chaque dixième de niveau de vie et chaque tranche d'âge sont agrégés en appliquant la structure par âge et sexe de la population totale. Dans la mesure où un certain nombre de cancers apparaissent préférentiellement ou exclusivement chez les hommes ou chez les femmes, les analyses par localisation sont stratifiées sur le sexe et standardisées uniquement sur l'âge.

Les disparités sociales sont appréhendées à partir du dixième de niveau de vie de l'année précédente, issu des données fiscales. Le niveau de vie est calculé à partir du revenu disponible du ménage auquel la personne de l'EDP appartient, divisé par le nombre d'unités de consommation.

2. En ordonnant la population selon le niveau de vie, les déciles sont les valeurs qui partagent cette population en dix parties d'effectifs égaux : chaque partie constituant un dixième de niveau de vie. Ainsi, le premier décile de niveau de vie est le niveau de vie au-dessous duquel se situent les 10 % des personnes les plus modestes. Les dixièmes de la population classée selon le niveau de vie sont notés D1, D2, ..., D10.

3. L'Iris désigne un « îlot regroupé pour l'information statistique ». Il constitue la brique de base en matière de diffusion de données infra-communales par l'Insee.

Graphique 1 Probabilités d'incidence de cancer selon sa localisation et le niveau de vie, entre 2013 et 2020

Notes > Échelle logarithmique. Les taux d'incidence sont standardisés par âge (ils prennent en compte la structure par âge de la population de référence) et stratifiés par sexe. Le choix est fait de ne pas calculer de gradient d'incidence du cancer du sein chez les hommes en raison de l'insuffisance des effectifs. Les zones autour des courbes représentent l'incertitude (intervalle de confiance à 95 %). La probabilité d'incidence désigne ici un ratio d'incidence, à savoir la division du taux d'incidence de la variable d'intérêt dans le dixième de niveau de vie considéré, rapporté au taux d'incidence dans le dixième de référence (D10). Un ratio d'incidence supérieur à 1 correspond à un surrisque d'incidence de la variable d'intérêt chez les plus modestes.

Lecture > Entre 2013 et 2020, à structure par âge comparable, les hommes du dixième le plus modeste (D1) ont une probabilité 2,2 fois plus élevée de développer un cancer du poumon que les hommes du dixième le plus aisé (D10).

Champ > France hors Mayotte, personnes n'ayant jamais eu de cancer repérable dans les données de l'Assurance maladie avant 2013.

Source > EDP-Santé 2020, calculs Drees.

> Études et Résultats n° 1374 © Drees

montrer que les inégalités d'incidence de cancer sont plus importantes lorsqu'elles sont mesurées à l'échelle individuelle que lorsqu'elles sont mesurées à l'échelle écologique (dans la continuité de ce qui a déjà été montré pour le dépistage [Le Mer et al., 2026]) [tableau complémentaire A⁴].

Les explications les plus courantes de cette surexposition des plus modestes au cancer du poumon insistent sur le rôle du tabagisme (Menvielle et al., 2009), plus fréquent au sein de cette population (Constance et Peretti-Watel, 2010). Certains travaux montrent que la plus grande incidence du cancer du poumon chez les plus modestes est apparue progressivement, à mesure que les connaissances sur l'importance du tabac comme facteur de risque se sont diffusées, témoignant d'une probable appropriation plus rapide des recommandations de santé publique par les plus aisés (Rubin et al., 2014).

Les femmes appartenant au dixième de niveau de vie le plus élevé ont, quant à elles, 1,3 fois plus de risque de développer un cancer du sein relativement aux 10 % les plus modestes (graphique 1). Les grossesses tardives (Londero et al., 2024) et la prise de contraception orale (Fitzpatrick et al., 2023) constituent des facteurs de risque identifiés pour le cancer du sein. Or, les femmes les plus modestes ont historiquement eu moins souvent recours à certaines contraceptions hormonales (Bajos et al., 2004 ; Congy et al., 2023) et ont leurs enfants plus tôt (Reynaud, 2022).

Les hommes appartenant au dixième de niveau de vie le plus aisé ont, pour leur part, 1,4 fois plus de risque de développer un cancer de la prostate que ceux appartenant au dixième de niveau de vie le plus faible (graphique 1). Ce résultat peut s'expliquer par les caractéristiques du cancer de la prostate, dont certaines formes évoluent lentement et peuvent rester longtemps asymptomatiques. Dans ce contexte, le recours plus fréquent des hommes les plus aisés au dosage de l'antigène prostatique spécifique (PSA)⁵ conduit probablement à un diagnostic plus précoce et plus fréquent, y compris pour des tumeurs qui n'auraient pas été identifiées en l'absence de dépistage (Jahn et al., 2015). L'incidence plus élevée observée parmi les hommes les plus aisés pourrait ainsi refléter en partie un effet de détection.

Les plus modestes développent plus souvent des cancers de mauvais pronostic

Les études de survie nette après un cancer en France (Grosclaude et al., 2013) permettent d'identifier d'une part les cancers dont le pronostic est plutôt favorable, tels que le cancer du sein ou de la prostate (survie nette à 5 ans supérieure à 65 %⁶), et d'autre part les cancers dont le pronostic est plutôt défavorable, tel que le cancer du poumon (survie nette à 5 ans inférieure à 33 %). Les cancers dont la survie nette à 5 ans est située entre 33 % et 65 %, comme le cancer colorectal, correspondent aux pronostics intermédiaires⁷.

4. Les tableaux complémentaires sont disponibles avec les données associées à cette étude sur le site internet de la Drees (lien en fin de publication).

5. Le dosage du PSA est un examen sanguin mesurant le taux d'antigène spécifique de la prostate dans le sang, utilisé dans l'exploration des maladies de la prostate, notamment du cancer de la prostate.

6. Signifie qu'en moyenne, plus de 65 % des personnes déclenchant ce type de cancer survivront pendant au moins 5 ans.

7. La classification des cancers selon le pronostic suit la classification proposée dans la publication Survie des personnes atteintes de cancer en France métropolitaine 1989-2018, Institut national du cancer.

Plus les personnes ont un niveau de vie faible, plus elles développent des cancers à pronostic défavorable ou intermédiaire, et moins elles développent des cancers de bon pronostic. Par rapport aux 10 % les plus aisés, les personnes appartenant aux 10 % les plus modestes ont ainsi 1,7 fois plus de risque de développer un cancer dont le pronostic est défavorable, 1,3 fois plus de risque de développer un cancer de pronostic intermédiaire, et une probabilité 1,4 fois moindre de développer un cancer dont le pronostic est favorable (graphique 2). Ces gradients se maintiennent, y compris après exclusion des quatre cancers les plus fréquents déjà mentionnés (graphique 3).

Les plus modestes développent des cancers à un stade plus avancé

Un des enjeux majeurs dans la prise en charge des cancers est le diagnostic précoce, c'est-à-dire à un stade où le cancer est peu avancé et peut être guéri par un traitement local (chirurgie et/ou radiothérapie). Une façon d'analyser la répartition sociale des diagnostics tardifs consiste à mesurer la distribution sociale des formes avancées de cancer. Si certains cancers sont plus incidents chez les plus aisés, il arrive que les formes avancées de ces cancers soient au contraire plus incidentes chez les plus modestes. C'est notamment ce que les publications scientifiques documentent, essentiellement à partir d'indicateurs écologiques, pour le cancer de la prostate (Khadhra et al., 2021), le cancer du sein (Borghini et al., 2024), le cancer colorectal (Welsh et al., 2025), ou encore le mélanome (Lyrtzopoulos et al.,

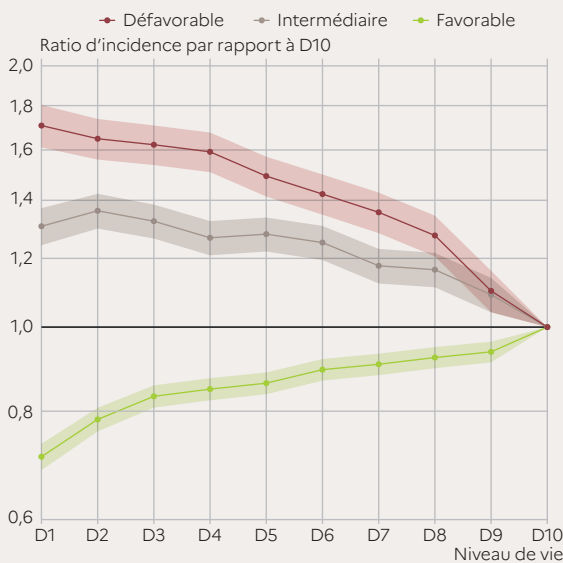
2013) : ces localisations sont plus fréquentes chez les plus aisés, mais diagnostiqués à des stades plus avancés chez les plus modestes. Dans la mesure où un diagnostic plus tardif se traduit par un cancer plus envahissant au moment où il est détecté, ces études posent la question de l'accès au dépistage quand il existe, et plus largement des délais de diagnostic selon le niveau de vie. Les données de prise en charge médicale sont ici utilisées pour inférer la gravité initiale probable du cancer (encadré 2).

Parmi les personnes atteintes d'un cancer invasif, les plus modestes ont 2,1 fois plus de risque de développer une forme particulièrement agressive que les plus aisés. Ce désavantage s'observe également, quoique de manière moins marquée, pour les cancers métastatiques et localement avancés. À l'inverse, les formes localisées ou non agressives sont plus fréquentes chez les plus riches. Ainsi, plus l'avancée du cancer est importante, plus le gradient social en défaveur des plus modestes est marqué (graphique 4).

Les plus modestes développent des cancers plus jeunes

Les inégalités sociales d'incidence des cancers sont étroitement liées à l'âge au moment du diagnostic (Nur et al., 2015). Les personnes les plus modestes voient leur cancer diagnostiqué plus tôt dans la vie que le reste de la population : leur âge médian au diagnostic est inférieur de 6 ans à celui observé dans l'ensemble de la population pour les cancers du poumon (61 ans), colorectal (66 ans)

Graphique 2 Probabilités d'incidence de cancer selon le pronostic et le niveau de vie, entre 2013 et 2020



Notes > Échelle logarithmique. Les taux sont standardisés par âge et par sexe (ils prennent en compte la structure par âge et par sexe de la population de référence). Les zones autour des courbes représentent l'incertitude (intervalle de confiance à 95 %). La probabilité d'incidence désigne ici un ratio d'incidence, à savoir la division du taux d'incidence de la variable d'intérêt dans le dixième de niveau de vie considéré, rapporté au taux d'incidence dans le dixième de référence (D10). Un ratio d'incidence supérieur à 1 correspond à un surrisque d'incidence de la variable d'intérêt chez les plus modestes.

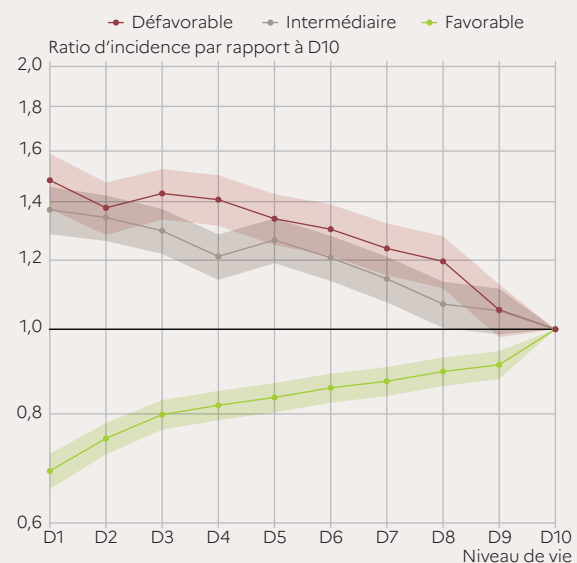
Lecture > Entre 2013 et 2020, à structure par âge et par sexe comparable, les personnes les plus modestes (D1) ont 1,7 fois plus de risque de développer un cancer de mauvais pronostic que les personnes les plus aisées (D10).

Champ > France hors Mayotte, personnes n'ayant jamais eu de cancer repérable dans les données de l'Assurance maladie avant 2013.

Source > EDP-Santé 2020, calculs Drees.

> Études et Résultats n° 1374 © Drees

Graphique 3 Probabilités d'incidence de cancer selon le pronostic et le niveau de vie, à l'exclusion des quatre localisations les plus incidentes, entre 2013 et 2020



Notes > Échelle logarithmique. Les taux sont standardisés par âge (ils prennent en compte la structure par âge de la population de référence) et stratifiés par sexe. Les zones autour des courbes représentent l'incertitude (intervalle de confiance à 95 %). La probabilité d'incidence désigne ici un ratio d'incidence, à savoir la division du taux d'incidence de la variable d'intérêt dans le dixième de niveau de vie considéré, rapporté au taux d'incidence dans le dixième de référence (D10). Un ratio d'incidence supérieur à 1 correspond à un surrisque d'incidence de la variable d'intérêt chez les plus modestes.

Lecture > Entre 2013 et 2020, à structure par âge comparable, les personnes les plus modestes ont 1,5 fois plus de risque de développer un cancer dont le pronostic est défavorable (taux de survie à 5 ans faible) que les personnes les plus aisées (D10).

Champ > France hors Mayotte, personnes n'ayant jamais eu de cancer repérable dans les données de l'Assurance maladie avant 2013 et ne développant pas un cancer du sein, de la prostate, du poumon ou du colon-rectum entre 2013 et 2020.

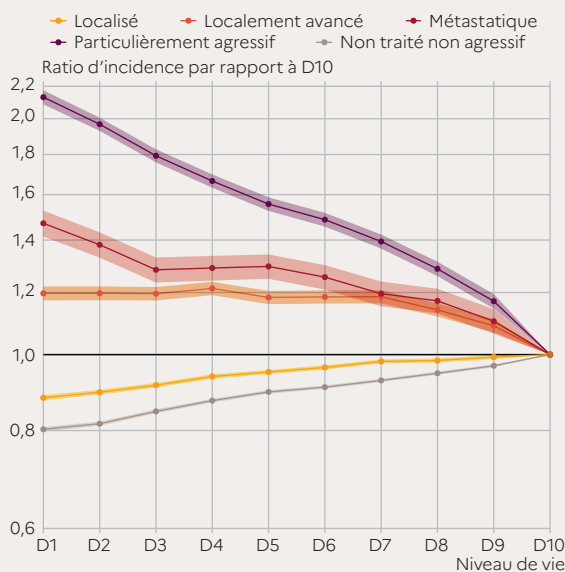
Source > EDP-Santé 2020, calculs Drees.

> Études et Résultats n° 1374 © Drees

et du sein (57 ans). L'écart est plus faible pour le cancer de la prostate, avec un âge médian au diagnostic pour le premier dixième inférieur de 3 ans à l'âge médian au diagnostic en population générale (67 ans versus 70 ans) [graphique 5].

Le lien entre inégalités sociales et âge est cependant complexe, dans la mesure où l'âge au diagnostic dépend à la fois de l'âge de développement de la maladie et de la rapidité du diagnostic. D'une part, les personnes les plus privilégiées financièrement sont plus nombreuses à dépister certains cancers (Le Mer et al., 2026), ce qui tend mécaniquement à raccourcir le délai entre l'apparition de la maladie et son diagnostic, et donc à réduire l'âge de détection. D'autre part, un certain nombre de facteurs de risque du cancer (tabac, obésité, expositions professionnelles – par exemple à l'amiante) sont corrélés à un niveau de vie plus faible, et peuvent augmenter le risque de développement précoce de certains cancers (Zhao et al., 2023). Le lien entre âge au diagnostic et niveau de vie dépend de la localisation du cancer. Pour le cancer du poumon, qui n'est pas dépistable (au sens où il n'existe pas de tests largement diffusés pour le détecter précocement⁸), l'âge médian au diagnostic augmente avec le niveau de vie (rapidement entre le 1^{er} et le 2^e dixième, puis de manière plus lente).

Graphique 4 Probabilités d'incidence de cancer selon l'avancement du cancer et le niveau de vie, entre 2013 et 2020



Notes > Échelle logarithmique. Les taux sont standardisés par âge et par sexe (ils prennent en compte la structure par âge et par sexe de la population de référence). Les taux sont calculés sur une population indemne de la maladie, c'est-à-dire sans hospitalisation ou affection de longue durée (ALD) cancer entre 2008 et 2013. Les zones autour des courbes représentent l'incertitude (intervalle de confiance à 95 %). La probabilité d'incidence désigne ici un ratio d'incidence, à savoir la division du taux d'incidence de la variable d'intérêt dans le dixième de niveau de vie considéré, rapporté au taux d'incidence dans le dixième de référence (D10). Un ratio d'incidence supérieur à 1 correspond à un surrisque d'incidence de la variable d'intérêt chez les plus modestes.

Lecture > Entre 2013 et 2020, à structure par âge et par sexe comparable, les personnes les plus modestes ont 2,1 fois plus de risque de développer un cancer particulièrement agressif (entraînant la mort ou un passage en soins palliatifs dans l'année) que les plus aisés (D10).

Champ > Personnes résidant en France hors Mayotte, indemnes de cancer avant 2013, développant une tumeur invasive (code CIM en C) solide (exclusion des cancers hématologiques) entre 2013 et 2020.

Source > EDP-Santé 2020, calculs Drees.

> Études et Résultats n° 1374 © Drees

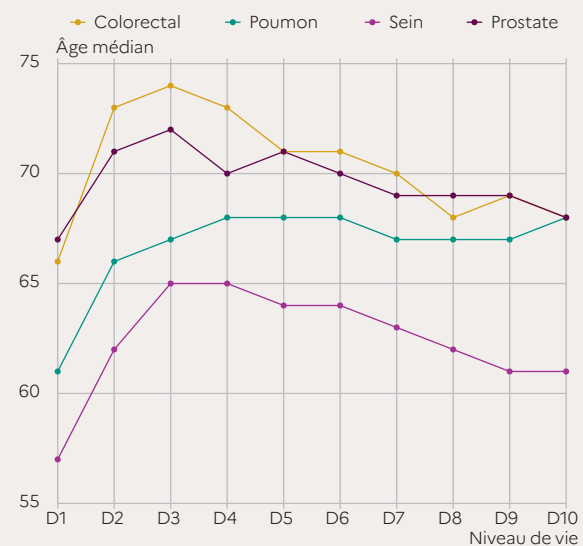
Pour le cancer du sein, le cancer colorectal, ainsi que le cancer de la prostate, trois cancers pour lesquels il existe des techniques de dépistage largement diffusées, l'âge au diagnostic augmente jusqu'au 3^e ou 4^e dixième, avant de décroître jusqu'au 10^e (graphique 5). Ce lien complexe entre l'âge au diagnostic et le niveau de vie qui apparaît pour les cancers dépistables invite à distinguer les cancers dépistables et non dépistables dans l'analyse de la distribution sociale de l'incidence.

Les cancers évitables surviennent plus souvent chez les plus modestes

En France, la lutte contre le cancer s'est structurée dès 2003 autour de plans nationaux. Ces initiatives visent à mobiliser les acteurs de santé publique autour de la prévention, du dépistage, de l'organisation des soins et de la recherche. La prévention concerne notamment la question des facteurs de risque et la notion « d'évitabilité »⁹, c'est-à-dire la capacité à diminuer le risque de développer un cancer en jouant sur les comportements et expositions des personnes. Le dépistage, quant à lui, ne permet pas d'éviter un cancer mais permet, quand il se développe, de le diagnostiquer le plus tôt possible (notamment avant qu'il soit métastasé), afin de garantir les meilleures chances de survie aux patients.

La théorie des causes fondamentales (*Fundamental Cause Theory*), largement mobilisée en Europe dans les travaux sur les inégalités sociales (Mackenbach et al., 2015), avance l'idée que les inégalités sociales de santé se perpétuent grâce à la capacité des plus aisés à s'approprier rapidement les développements récents de la médecine (dispositifs préventifs, prise en charge innovante, recommandations d'hygiène de vie, etc.) pour accroître leur espérance de vie.

Graphique 5 Âge médian au diagnostic de cancer, entre 2013 et 2020



Note > L'âge médian calculé en population générale est calculé à partir de l'EDP-Santé et il est consultable dans les données associées à cette étude sur le site internet de la Drees.

Lecture > Entre 2013 et 2020, l'âge médian de diagnostic du cancer du poumon chez les 10 % les plus modestes (D1) est de 61 ans, inférieur de 6 ans à l'âge médian de diagnostic du cancer du poumon chez les 10 % les plus aisés.

Champ > France hors Mayotte, personnes n'ayant jamais eu de cancer réparable dans les données de l'Assurance maladie avant 2013.

Source > EDP-Santé 2020, calculs Drees.

> Études et Résultats n° 1374 © Drees

8. Des programmes de dépistage sont en cours d'expérimentation en France et à l'étranger.

9. Dans cette étude, les cancers sont catégorisés comme évitable dès lors que la fraction attribuable au mode de vie et à l'environnement est estimée à plus de 50 %. Les cancers attribuables au mode de vie et à l'environnement en France métropolitaine, 2018, Santé publique France.

Cette théorie s'appuie notamment sur le constat de gradients sociaux de mortalité plus marqués pour les causes de mortalité évitables que pour celles de mortalité non évitables. Mais les mécanismes à l'œuvre derrière la moindre mortalité des plus aisés pour ces causes de mortalité évitables restent souvent difficiles à différencier : meilleure prise en charge médicale, moindre gravité au moment du diagnostic, évitement complet de la pathologie. Étudier à la fois l'incidence et la gravité au diagnostic permet de voir si les écarts sociaux tiennent surtout au fait d'éviter la maladie, ou au fait de la dépister tôt.

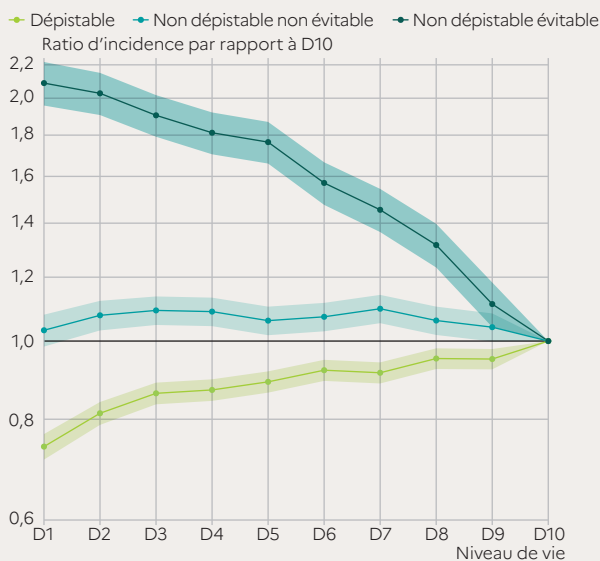
De fait, les plus aisés contractent moins souvent des cancers évitables¹⁰ que les plus modestes. Les plus privilégiés économiquement déclenchent 2,1 fois moins de cancers évitables que les plus modestes (graphique 6). Le fait que les cancers évitables correspondent aux cancers les plus inégalitaires en termes d'incidence est conforme à ce qu'anticipe la théorie des causes fondamentales. Le développement de cancers non évitables et non dépistables semble, quant à lui, être relativement aléatoire d'un point de vue social : pour ces localisations, il n'y a pas de gradient clairement identifiable. Là encore, ce résultat est plutôt conforme à la théorie des causes fondamentales : les cancers sur lesquels on ne peut pas agir, ni à travers le dépistage, ni à travers les facteurs de risque, se distribuent aléatoirement d'un point de vue social.

Enfin, les plus aisés se font plus souvent diagnostiquer un cancer dépistable que les plus modestes. Ce résultat correspond moins à la théorie des causes fondamentales et s'explique au moins de deux manières. D'abord, comme cela a été expliqué, les plus aisés ont pu cumuler plus de facteurs de risque que les plus modestes pour certains cancers dépistables (c'est notamment le cas, pour le cancer du sein, des grossesses plus tardives et du recours historiquement plus fréquent à certaines contraceptions hormonales). Par ailleurs, il est possible que ce résultat soit aussi le reflet de la difficulté du diagnostic de cancer chez les plus pauvres : dans la mesure où l'on sait qu'ils ont moins recours au dépistage du cancer (Le Mer, 2026), il est possible qu'ils déclenchent un nombre important de cancers dépistables, mais identifiés à un stade plus tardif que les plus aisés, de sorte que l'organe d'origine du cancer (le « site primitif ») est plus difficile à établir, à la fois pour les médecins et dans les données hospitalières¹¹.

Les inégalités de gravité du cancer au moment du diagnostic s'observent essentiellement parmi les cancers dépistables

Les inégalités d'incidence de cancer déjà métastasé au moment du diagnostic apparaissent pour les localisations de cancers dépistables, mais sont quasiment inexistantes pour les localisations de

Graphique 6 Probabilités d'incidence de cancer selon le niveau de vie et la nature dépistable ou évitable de la localisation, entre 2013 et 2020



Notes > Échelle logarithmique. Les taux sont standardisés par âge et par sexe. Les zones autour des courbes représentent l'incertitude (intervalle de confiance à 95 %). La probabilité d'incidence désigne ici un ratio d'incidence, à savoir la division du taux d'incidence de la variable d'intérêt dans le dixième de niveau de vie considéré, rapporté au taux d'incidence dans le dixième de référence (D10). Un ratio d'incidence supérieur à 1 correspond à un surrisque d'incidence de la variable d'intérêt chez les plus modestes.

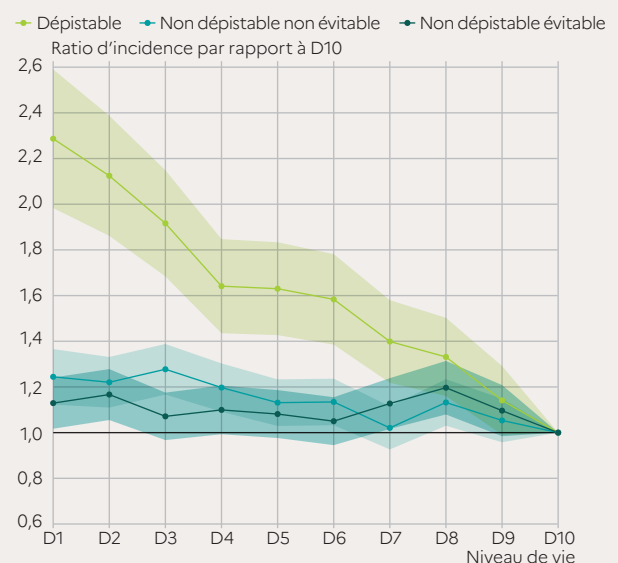
Lecture > Entre 2013 et 2020, à structure par âge et par sexe comparable, les plus modestes (D1) ont 2,1 fois plus de risque de développer des cancers évitables (associés à des facteurs de risque) mais non dépistables (pour lesquels il n'existe pas de test de dépistage communément diffusé) que les plus aisés (D10).

Champ > France hors Mayotte, personnes n'ayant jamais eu de cancer repérable dans les données de l'Assurance maladie avant 2013.

Source > EDP-Santé 2020, calculs Drees.

> Études et Résultats n° 1374 © Drees

Graphique 7 Probabilités d'incidence de cancer métastasé selon la nature dépistable ou évitable de la localisation, entre 2013 et 2020



Notes > Les taux sont standardisés par âge et par sexe (ils prennent en compte la structure par âge et par sexe de la population de référence). Les zones autour des courbes représentent l'incertitude (intervalle de confiance à 95 %). La probabilité d'incidence désigne ici un ratio d'incidence, à savoir la division du taux d'incidence de la variable d'intérêt dans le dixième de niveau de vie considéré, rapporté au taux d'incidence dans le dixième de référence (D10). Un ratio d'incidence supérieur à 1 correspond à un surrisque d'incidence de la variable d'intérêt chez les plus modestes.

Lecture > Entre 2013 et 2020, à structure par âge et par sexe comparable, les personnes les plus modestes (D1) ont 2,3 fois plus de risque que leur cancer soit diagnostiqué à un stade métastatique (tardif) que les plus aisés (D10) lorsque ce cancer est dépistable.

Champ > France hors Mayotte, personnes n'ayant jamais eu de cancer repérable dans les données de l'Assurance maladie avant 2013.

Source > EDP-Santé 2020, calculs Drees.

> Études et Résultats n° 1374 © Drees

10. L'identification des cancers évitables est réalisée à partir du rapport suivant : « Les cancers attribuables au mode de vie et à l'environnement en France métropolitaine ».

11. En effet, plus un cancer est découvert à un stade avancé, plus la recherche de la tumeur primitive peut s'avérer difficile et/ou inutilement invasive.

cancers non dépistables¹² (graphique 7). Le risque de développer un cancer déjà métastasé au moment du diagnostic est 2,3 fois plus important chez les plus modestes que chez les plus aisés lorsque la localisation est dépistable. Lorsque la localisation n'est pas dépistable, les inégalités d'incidence de cancer déjà métastasé disparaissent quasi intégralement. Autrement dit, c'est surtout lorsqu'un cancer est dépistable que les plus aisés parviennent à le diagnostiquer plus tôt, avant qu'il ne métastase. Ce résultat est cohérent avec le fait que les plus aisés ont davantage recours au dépistage du cancer que les plus modestes (Le Mer, 2026).

L'ensemble de ces résultats, jamais documentés en France à l'échelle individuelle et sur un large ensemble de localisations cancéreuses, est particulièrement novateur dans la mesure où il vient compléter les travaux sur les inégalités sociales de santé liées au cancer. En effet, le plus souvent, les inégalités sociales de santé relatives au cancer sont analysées du point de vue de la mortalité (Mackenbach et al., 2015 ; Zapata Moya et al., 2015 ; Vanthomme et al., 2017) et les résultats établis à partir des gradients sociaux de mortalité varient selon le niveau d'analyse retenu (tous cancers confondus ou par localisation). Certaines études généralistes (Zapata Moya et al., 2015) considèrent ainsi les cancers comme une

pathologie non évitable dans son ensemble, et identifient un « gradient plat » de mortalité qui semble cohérent avec le caractère non évitable du cancer, l'hypothèse étant que les pathologies non évitables se distribueraient aléatoirement socialement. D'autres études, qui parviennent à différencier les localisations cancéreuses, identifient des gradients de mortalité socialement plus marqués pour les localisations évitables et dépistables (Mackenbach et al., 2015 ; Vanthomme et al., 2017).

Le fait de travailler sur l'incidence et la gravité au moment du diagnostic permet de décomposer les mécanismes à l'œuvre avant la mortalité : le fait de développer la maladie ou non (incidence), le fait de la diagnostiquer tardivement ou non (dépistage, gravité au diagnostic). Par rapport aux plus modestes, les plus aisés parviennent à dépister plus souvent les cancers dépistables, et parviennent à éviter plus souvent les cancers évitables. La question de la survie une fois le diagnostic posé, qui est le troisième mécanisme à l'œuvre derrière le gradient de mortalité, sera analysée dans un travail à venir. ●



Télécharger les données

12. La liste des localisations de cancers considérées comme dépistables dans l'étude est la suivante : colorectal, col de l'utérus, sein, prostate, peau.

Mots clés : **Cancer** **Prévention** **Inégalités sociales de santé** **Maladie chronique** **Inégalité sociale**

Pour en savoir plus

> La bibliographie de cette étude est disponible sur la page de la publication du site internet de la Drees.

> Le Mer, H. (2026, février). Dépistage du cancer : les personnes modestes y recourent moins souvent. Drees, *Études et Résultats*, 1367.

> **Publications**
drees.solidarites-sante.gouv.fr
> **Open Data**
data.drees.solidarites-sante.gouv.fr
> **Nous contacter**
drees-infos@sante.gouv.fr
> **Contact presse**
drees-presse@sante.gouv.fr

Directeur de la publication : Thomas Wanecq
Responsable d'édition : Valérie Bauer-Eubriet
Chargé d'édition : Alexandre Gadaud
Composition et mise en pages : Julie Eneau
Conception graphique : Drees
Reproduction autorisée sous réserve de la mention des sources
ISSN électronique 1146-9129 • AIP 0001384

Les destinataires de cette publication sont informés de l'existence à la Drees d'un traitement de données à caractère personnel les concernant. Ce traitement, sous la responsabilité du directeur de la publication, a pour objet la diffusion de la publication de la Drees. Les données utilisées sont l'identité, la profession, l'adresse postale personnelle ou professionnelle. Conformément aux dispositions de la loi du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés, les destinataires disposent d'un droit d'accès et de rectification aux données les concernant ainsi qu'un droit d'opposition à figurer dans ce traitement. Ils peuvent exercer ces droits en écrivant à : Drees – Tour Olivier de Serres – 78-84 rue Olivier de Serres – 75015 Paris ou en envoyant un courriel à : drees-rgpd@sante.gouv.fr.