

Inégalités socioéconomiques face au cancer

Géographie sociale, prise en charge et inégalités de survie
Comment lutter contre les inégalités face au cancer ?

Aurélien Belot

[Collegium de Lyon, 2018-2019]

Professeur assistant en statistiques médicales et en épidémiologie du cancer au *Cancer Survival Group* de la *London School of Hygiene and Tropical Medicine*, Aurélien Belot s'intéresse aux méthodes statistiques pour analyser des données d'observation complexes en épidémiologie du cancer, avec un intérêt particulier pour les méthodes d'inférence causale afin d'expliquer les disparités socioéconomiques face au cancer. Diplômé en sciences statistiques et en recherche clinique en santé publique, il a travaillé comme statisticien au service de biostatistique des Hospices Civils de Lyon, où il a développé puis mis en œuvre des méthodes statistiques pour fournir des indicateurs nationaux de santé sur le cancer (incidence, mortalité, prévalence et survie).

SURVIVRE APRÈS UN CANCER : INÉGALITÉS SOCIOÉCONOMIQUES EN FRANCE ET EN ANGLETERRE

En France, les hommes les plus aisés ont une espérance de vie de 13 ans supérieure à celle des hommes les plus modestes. Chez les femmes, la différence d'espérance de vie entre riches et pauvres est de 8 ans. Ces données, qui proviennent de l'INSEE, datent de 2018. En Angleterre les différences d'espérance de vie entre les groupes d'individus selon leur niveau de vie sont également marquées : 9,7 années de différence d'espérance de vie entre hommes riches et pauvres et 7,9 années en moins pour les femmes les plus modestes par rapport aux plus nanties. L'étude de Bennett et *al.*, publiée en 2018 dans la revue *Lancet Public Health*, dont ces données sont extraites, conclut que **l'accès aux soins médicaux et la qualité de leur prise en charge est moindre chez les pauvres, et cela même dans un pays avec un système de soin universel**¹. Ces inégalités sont également observées pour les personnes atteintes de cancer.

Nombreuses sont les recherches à s'intéresser à l'influence du niveau socioéconomique du lieu de résidence des patients sur les inégalités de survie après le diagnostic d'un cancer. Pourquoi le lieu de résidence ? Ce choix d'agrégation fût au départ d'ordre pragmatique : l'information socioéconomique au niveau individuel n'est généralement pas disponible pour des raisons de faisabilité du recueil et/ou de règles de protection des données personnelles. Néanmoins, une fois agrégées, ces mesures présentent l'avantage de synthétiser l'environnement naturel (qualité de l'air, exposition aux pesticides, etc...) et l'environnement construit (enclavement géographique, diversité et densité de l'offre de soin, pratiques médicales, etc.) en une seule et même mesure dite de « contexte ». Il importe d'utiliser une zone géographique assez fine pour que cette caractérisation de l'environnement soit fiable et pertinente. L'indice *European Deprivation Index* a été développé pour répondre à cet impératif. Il est basé sur des zones géographiques françaises contenant en moyenne une population de 2 000 habitants.



Pour étudier les inégalités sociales en cancérologie, l'existence de registres de populations des cancers est par ailleurs primordiale. Ces registres permettent de recenser les nouveaux cas de cancers survenant dans une zone géographique prédéfinie : ils enregistrent les caractéristiques principales du patient et celles de la tumeur diagnostiquée, et proposent une mise à jour régulière de l'état de santé de ces personnes. Cette source de données est incontournable pour conduire des recherches en épidémiologie des

La probabilité de décéder dans les trois mois suivant le diagnostic d'un cancer du côlon en Angleterre est fortement liée au niveau socioéconomique de la zone de résidence des patients.

cancers et avoir l'assurance d'une couverture exhaustive de la population d'intérêt. En Angleterre, un registre national couvre l'ensemble du territoire. En France, les registres de population du réseau FRANCIM couvrent environ 25 % de la population. Un rapport de 2008 de l'Organisation Mondiale de la Santé intitulé « Comblent le fossé en une génération » indique que « réduire les inégalités en matière de santé est un impératif éthique ». Pour permettre des études approfondies sur les inégalités socioéconomiques des patients atteints de cancer en France, les données des registres, éventuellement enrichies d'autres informations issues de bases de données médico-administratives, sont essentielles. La pérennisation de ces registres est une priorité de santé publique.

En Angleterre, où ces données sont largement disponibles, nous avons pu montrer que, pour des patients atteints d'un cancer du poumon de stade « précoce » (c'est à dire ne s'étant pas disséminé dans l'organisme), l'âge du patient ainsi que le niveau socioéconomique de sa zone de résidence au moment du diagnostic étaient associés à la probabilité de bénéficier d'un traitement chirurgical, alors qu'à ce stade, ce traitement est recommandé pour tous les patients (voir l'étude de Belot et *al.* dans la revue *Thorax* en 2018). **Les patients âgés de plus de 70 ans lors du diagnostic et les patients issus de zones défavorisées ont une probabilité fortement diminuée de bénéficier d'un traitement chirurgical.** De même, Fowler et *al.* ont démontré que la probabilité de décéder dans les trois mois suivant le diagnostic d'un cancer du côlon en Angleterre est fortement liée au niveau socioéconomique de la zone de résidence des patients, à un niveau comparable aux autres facteurs majeurs (âge au diagnostic, stade du cancer au diagnostic, etc.). D'une manière générale, ces inégalités socioéconomiques ne semblent pas régresser en Angleterre (voir l'étude publiée en 2018 dans le *British Medical Journal* par Exarchakou et *al.*). En France, l'étude des inégalités socioéconomiques liées à l'environnement de résidence sur l'accès aux traitements ainsi que sur la survie des patients atteint de

cancer a démarré plus tardivement qu'en Angleterre. Nous avons donc moins de recul sur l'évolution de ces inégalités, néanmoins, plusieurs études montrent une corrélation entre différences socioéconomiques du lieu de résidence et traitement et survie des cancers. En 1992, Launoy et *al.* ont décrit que les patients atteints d'un cancer colorectal et vivant en zone rurale étaient moins souvent traités dans un centre spécialisé en comparaison des patients vivant en zone urbaine. En 2006, Dejardin et *al.* ont estimé que le taux de mortalité des patients atteints d'un cancer du côlon et vivant à une distance de plus de 90 km du centre de soin de référence était supérieur de 14 % à celui des patients vivants à moins de 10 km. En 2018, une étude de Tron et *al.* a confirmé que les inégalités socioéconomiques avaient une incidence sur le taux de survie après cancer, et que cela est valable pour la grande majorité des cancers. En effet, la probabilité de survie cinq ans après le diagnostic de cancer étaient moindres chez les patients défavorisés pour 14 types de cancer sur 16 analysés chez les hommes, et pour 16 cancers sur 18 analysés chez les femmes.

La différence d'accès aux soins est très souvent citée comme l'une des causes possibles de ces inégalités, car elles entraînent mécaniquement des disparités de la probabilité de survie après un diagnostic de cancer. Pour assurer une compréhension plus fine de ces phénomènes, il faudrait formuler explicitement les hypothèses quant aux mécanismes interagissant dans leur observation. Une première étape pourrait être de quantifier l'impact du niveau socioéconomique du lieu de résidence sur la probabilité de recevoir le traitement recommandé. D'un point de vue méthodologique, passer d'une mesure de corrélation (association entre deux facteurs) à une mesure de causalité est également une étape nécessaire. Il faudra pour cela utiliser des méthodes statistiques dites d'inférence causale. A partir de données d'observations, celles-ci permettent d'établir la causalité mais aussi les mécanismes d'actions d'un facteur (ici l'environnement socioéconomique) sur la probabilité d'occurrence d'un événement. Par ailleurs, une mise en regard des systèmes de soins français et anglais basée sur une méthodologie d'analyse commune utilisant les données des registres des cancers permettrait assurément de mieux comprendre ces inégalités. En effet, comme le souligne Mackenbach et *al.* dans une étude de 2017 publiée dans *Health & place*, « analyser les différences d'inégalités de santé entre pays peut aider à identifier des politiques de santé pertinentes ». Enfin, l'émergence des « Big Data » et la disponibilité des données médico-administratives ouvrent de nouvelles perspectives pour l'étude des inégalités socioéconomiques face au cancer.

¹A noter que la méthodologie, les données mesurées et la définition des populations favorisées/défavorisées sont différentes dans l'étude de l'INSEE et celle de Bennett et *al.* Les résultats ne sont donc pas directement comparables.

Pour aller plus loin

Retrouvez l'article d'**Aurélien Belot**, ses références et des ressources complémentaires sur fellows.rfiea.fr

Marie-Anne Durand

[IMÉRA d'Aix-Marseille, 2018-2019]

COMMENT LUTTER CONTRE LES INÉGALITÉS SOCIO-ÉCONOMIQUES FACE AU CANCER ?

La recherche développe des outils pour lutter contre les inégalités socio-économiques face au cancer. Pouvez-vous nous donner quelques exemples concrets ?

Les outils d'aide à la décision visent à assister les patientes à s'impliquer dans les décisions de santé. Ces outils rendent explicite la décision qui doit être prise, et proposent une information validée scientifiquement sur les bénéfices et risques des différentes options de santé. Par exemple, dans le cadre du cancer du sein au stade précoce, une brochure imagée a été développée afin d'aider les patientes à décider peu après leur diagnostic entre une mastectomie (tout le sein est retiré) et une tumorectomie accompagnée d'une radiothérapie (dans ce cas, seule la tumeur cancéreuse est retirée). Ces brochures sont utilisées en consultation pour faciliter la révélation des préférences. Elles permettent aux cliniciens d'adapter l'information aux besoins et caractéristiques des patients. Leur usage a été fructueux, et n'a pas allongé la durée des consultations. Ces brochures commencent donc à être déployées en routine, intégrées aux dossiers patients électroniques, avec un réel potentiel de surpassement des barrières à l'implémentation. Auprès des populations défavorisées, les versions

imagées sont mieux acceptées. Leur usage est donc recommandé. Ce type d'approche peut contribuer à réduire les inégalités d'accès à l'information. Dans une approche universaliste proportionnée, les interventions proposées doivent en effet prendre en compte ces disparités, et être adaptées au niveau d'inégalité. L'utilisation d'images permet de rendre l'information médicale accessible à tous.

Titulaire d'un doctorat en médecine et d'un doctorat en psychologie clinique et de la santé, **Marie-Anne Durand** est professeure au *Dartmouth Institute for Health Policy and Clinical Practice* (Etats-Unis). Elle s'intéresse depuis longtemps à la recherche appliquée en santé publique, notamment en cancérologie. Ces dernières années, elle a développé une expertise en développement et en évaluation d'interventions visant à réduire les inégalités sociales de santé, en particulier via la médecine participative (prise de décision partagée), la communication et la littératie en santé. Elle s'intéresse également à l'autogestion des maladies chroniques et à la toxicité financière en cancérologie.

NDLR : L'universalisme proportionné combine les approches universelle (toute la population bénéficie d'un programme) et ciblée (seules les groupes les plus à risque en bénéficient). Un programme vise alors l'ensemble de la population, mais avec des modalités qui varient selon les besoins des différentes catégories de la population.

Pourquoi avoir choisi de tester ces outils sur le cancer du sein plutôt qu'un autre type de cancer ?

Il y a beaucoup d'inégalités sociales de santé qui touchent les patientes atteintes de cancer du sein, tant au niveau de la chirurgie mammaire (mastectomie ou tumorectomie avec radiothérapie) qu'au niveau de la reconstruction mammaire. Une étude conduite en 2011 par l'institut Curie indique que 70% des femmes interrogées ayant eu une mastectomie n'avaient pas eu de reconstruction, et 60% d'entre elles disaient ne pas avoir compris les informations données à ce sujet. D'autre part, les patientes atteintes de cancer du sein en France considèrent ne pas recevoir suffisamment d'informations, quel que soit leur milieu socioéconomique et social. Il y a donc des améliorations à apporter, tant au niveau de l'information que de la prise de décision, pour toutes les femmes, et en particulier, les patientes les plus défavorisées. Étant moi-même une femme, c'est également un domaine clinique qui m'interpelle plus particulièrement, et qui est un point focal de mon programme de recherche depuis de nombreuses années.

A quels défis êtes-vous confrontée pour effectuer vos recherches ?

Les études que je mène ciblent principalement les patientes les plus défavorisées, qui vivent souvent dans des conditions de précarité telles que participer à une étude est souvent intimidant, déstabilisant et pas



franchement une priorité. C'est pourtant leurs expériences et leurs ressentis que nous essayons de capturer et d'améliorer. Il est souvent très difficile d'inclure ces patientes dans nos études et nous mettons tout en œuvre pour simplifier et faciliter leur inclusion. Nous adaptons les procédures de recrutement et travaillons beaucoup dans la communauté, avec des « patientes chercheuses ». Elles ont elles-mêmes eu un cancer du sein par le passé, et travaillent au sein de nos équipes de recherche afin d'informer et recueillir le consentement de ces patientes dans les meilleures conditions possibles, sans que jamais elles ne se sentent forcées d'y participer.

Quelles sont les barrières éventuelles à l'utilisation de ces outils ?

Le temps. Beaucoup de médecins sont débordés et parfois réticents à intégrer une chose en plus dans leur pratique clinique, quand ils sont déjà en retard de deux heures sur le planning des consultations. En règle générale, une fois qu'ils ont essayé ce type de brochures avec les patientes, ils ne reviennent pas en arrière. Ils nous parlent des bénéfices que cela apporte au niveau de la provision et de la standardisation de l'information. Ils soulignent aussi l'aspect positif dans la relation au patient et dans l'implication des patientes dans la prise de décision durant la consultation, et à la maison avec leurs proches. Les médecins ont l'habitude d'utiliser la communication visuelle : ils nous disent qu'ils dessinent beaucoup, notamment lorsqu'ils expliquent les techniques

de reconstruction mammaire aux patientes. Ce type de brochure leur permet de montrer visuellement ce qui se passera si l'on utilise un implant mammaire, pas d'implant du tout, ou les propres tissus de la patiente pour reconstituer le volume du sein.

Qu'est-ce qui se fait à l'étranger ? Existe-t-il de bonnes pratiques que nous pourrions importer ?

Pour qu'une étude soit vraiment utile, il faut que ses résultats, tels qu'une intervention ou un changement de pratique clinique, puissent être implémentés et adoptés sur le long terme. Ceci est particulièrement pertinent dans le cadre de recherches qui visent à lutter contre les inégalités socio-économiques face au cancer. Aux États-Unis et au Royaume Uni, pays dans lesquels je travaille depuis de nombreuses années, l'implémentation est un aspect très important de la recherche en santé. Nous essayons de planifier l'implémentation de nos études au début du cycle de recherche et de nous entourer de tous les partenaires qui la faciliteront : patients, cliniciens, membres de la communauté qui peuvent jouer un rôle utile pendant la dissémination des données (y compris des membres du ministère de la santé).

Intégrer la question de l'implémentation dans la planification des recherches mais aussi améliorer le transfert et l'application des données et savoirs scientifiques accessibles à tous est essentiel. C'est une pratique qui gagne à être renforcée en France.

4 instituts d'études avancées en réseau

IMÉRA, IEA d'Aix-Marseille
Collegium de Lyon
IEA de Nantes
IEA de Paris

Direction éditoriale

Olivier Bouin
Aurélien Louchart
Julien Ténédos



FONDATION
RÉSEAU FRANÇAIS
DES INSTITUTS
D'ÉTUDES AVANCÉES

THE CONVERSATION



Fondation RFIEA
contact@rfiea.fr
01 40 48 65 57
rfiea.fr
fellows.rfiea.fr

Pour aller plus loin

Retrouvez l'interview de **Marie-Anne Durand** et des références complémentaires sur fellows.rfiea.fr

SÉMINAIRE

Le **Collegium de Lyon** propose les 20 et 21 mai prochains un séminaire sur les recompositions de la financiarisation des espaces urbains et de leur gouvernance. Organisé sous forme d'un atelier doctoral et d'une matinée de conférences conduites par des chercheurs issus du Brésil, des États-Unis, de France et de Suisse, les thèmes abordés comprendront, entre autres : « Smart City : une production urbaine contemporaine contre la doxa urbanistique ?, La fonciarisation d'un bailleur social en France, *The negotiated city and the financialized urban value*, *The Sell-Off City: Embedding Finance and Real Estate in Statecraft...* »

Le 20 mai de 14h30 à 17h à l'ENTPE,
3 rue Maurice Audin, Vaulx-en-Velin
Le 21 mai de 9h à 12h à la MSH,
14 Avenue Berthelot, Lyon
Programme complet : <http://bit.ly/2XT02fA>



PRIX

Récompensée pour son roman *Courrier de nuit* (Actes Sud, 2018), **Hoda Barakat**, résidente 2010/2011 de l'**IEA de Nantes**, devient la première femme à remporter le prestigieux prix littéraire de la fiction en langue arabe. « J'écris en arabe et le simple fait que je remporte un prix car j'écris dans ma langue maternelle a bien plus d'importance pour moi que n'importe quel autre prix ou reconnaissance au monde » a déclaré Hoda Barakat lors de la cérémonie de remise des prix. Dans *Courrier de nuit*, Hoda Barakat dépeint des migrants en butte à la misère sociale et à leurs propres démons, et pointe l'incommunicabilité humaine dans un monde surchargé de moyens de communication.

EXPÉRIMENTATION

Durant sa résidence 2018/2019 à l'**IEA de Paris**, la sociologue **Marylène Lieber** s'associe à la chorégraphe Annick Charlot et au metteur en scène multimédia Pierre Amoudruz pour explorer les expressions artistiques des usages et de l'accès à l'espace public par les femmes. À la faveur d'un temps de recherche commun, ils déploient une expérimentation publique entre danse, happening et jeu, une « marche exploratoire artistique » inspirée par des enquêtes issues des sciences sociales. Cette balade collective scénarisée et connectée invitera un groupe d'une trentaine de participant.e.s à réfléchir et expérimenter la place des femmes dans les espaces publics. « Public.ques ! » sera présentée à l'IEA de Paris.

18 mai 2019 à 14h
IEA de Paris,
17 quai d'Anjou, 75004 Paris