



DÉCEMBRE 2012

Sélection de projets financés par l'INCa sur le thème des inégalités face aux cancers

Introduction

À l'occasion de ses 4^{èmes} rencontres annuelles dédiées aux inégalités face aux cancers, l'Institut national du cancer a choisi de présenter une sélection de projets portant sur cette thématique et financés dans le cadre d'appels à projets en santé publique, en sciences humaines et sociales, ou encore dans le domaine de l'accompagnement des personnes malades.

Enjeu majeur du Plan cancer 2009-2013, la prise en compte des inégalités face à la maladie irrigue l'ensemble des axes du Plan et fait également l'objet de plusieurs mesures spécifiques. La mesure 2 fixe comme objectif de développer des appels à projets récurrents pour comprendre les déterminants des inégalités, et évaluer les actions de santé publique permettant de les réduire. Ainsi, le nombre de projets soumis à l'INCa et concernant les inégalités a régulièrement augmenté depuis 2009. Aujourd'hui, ce sont près d'une centaine d'études et d'expérimentations qui ont été financées. Ces projets tendent à couvrir les différentes inégalités observées dans le champ des cancers, face à la mortalité, aux facteurs de risque, à l'accès et au recours au système de soins, et lors de la vie pendant et après la maladie

Divers par leurs objectifs et par leur méthodologie, les dix projets rassemblés ici illustrent la nécessaire pluridisciplinarité et la contribution des différents acteurs à une meilleure compréhension des inégalités face aux cancers et à la mise en œuvre d'interventions visant à les corriger.

Liste des projets présentés

Année	Thème	Organisme	Titre du projet
2008	Qualité de vie	Société protectrice et de défense des animaux de Sérézereux	Organiser la garde et la rencontre patient/animal domestique des personnes hospitalisées atteintes de cancer et socialement isolées
2009	Recherche	INSERM UMR 707	Déterminants de la participation au dépistage et à la prévention des cancers du sein et du col de l'utérus dans l'agglomération parisienne, une étude au sein de la cohorte SIRS
2009	Qualité de vie	EMMAUS	Accueil, information et accompagnement des personnes sans abri atteintes d'un cancer
2010	Recherche	Université de Rennes	Trajectoires des malades, contextes de soin et inégalités sociales. Etude croisée des formes de vulnérabilité des patients atteints de cancer en évolution et des patients immigrés et étrangers en Bretagne
2010	Qualité de vie	Réseau de soins ONCONORD	Apport de l'interprétariat dans le dispositif d'annonce et la prise en charge des malades du cancer
2010	Recherche	CHU de Dijon, Université de Bourgogne	Disparités géographiques et socioéconomiques dans la détection du cancer colorectal
2010	Qualité de vie	Cancer Arts Martiaux et Informations	L'activité physique en cancérologie comme moyen de lutte contre l'exclusion et la précarité liée à la maladie en Seine-Saint-Denis
2010	Recherche	Hôpital européen Georges Pompidou (AP-HP)	Précarité et aide à l'arrêt du tabagisme : Motivations à l'arrêt des fumeurs socialement défavorisés et mise en place d'un programme d'aide au sevrage personnalisé
2011	Prévention	Comité national contre le tabagisme	Quels dispositifs de prévention et d'accompagnement concevoir pour des populations précaires sur le plan socioéconomique, dans le domaine de la lutte contre le tabagisme ?
2011	Recherche	CHU de Caen	REprésentations, pratiques et rôle des MEdecins généralistes dans la réduction des inégalités sociales d'accès et de recours au DEpistage des cancers (REMEDE)

Organiser la garde et la rencontre patients/animal domestique des personnes hospitalisées atteintes d'un cancer et socialement isolées

Société protectrice et de défense des animaux (SPDA) de Sézazereux/Centre Hospitalier de Dreux
Nicole GUEE

Contexte

Le pôle ARIANE (Pôle de Cancérologie du Centre hospitalier de Dreux) a constaté à de nombreuses reprises que certains patients en situation précaire et isolés socialement, refusaient, reportaient ou écourtaient leur prise en charge médicale du fait de l'absence de solution de garde pour leur animal domestique. Dans de telles conditions, ont alors été observés un retard de diagnostic et un défaut de prise en charge thérapeutique, ainsi qu'un risque accru de complications, préjudiciables pour les patients.

Objectifs

- ▶ **Assurer** la garde des animaux de compagnie des patients atteints de cancer isolés socialement : hébergement, nourriture, soins vétérinaires des animaux seront assurés par la SPDA de Sézazereux, réconfortant et rassurant ainsi les patients sur les conditions d'accueil et de soin de leur animal en leur absence.
- ▶ **Organiser** les rencontres des patients hospitalisés et de leur animal de compagnie hébergé par la SPA sur le lieu même de leur hospitalisation.

Méthode

- ▶ Construction de 4 chalets d'accueil destinés aux animaux de compagnie des patients.
- ▶ Modalités de rencontre personne hospitalisée/animal de compagnie (transport de l'animal du lieu d'hébergement jusqu'à l'hôpital, aménagement d'un lieu de rencontre patient/animal sur le site du CH, jours et heures des rencontres possibles, accord des médecins responsables des personnes hospitalisées, rôle des soignants accompagnant la personne hospitalisée sur le lieu de rencontre avec son animal de compagnie).
- ▶ Obtention d'une autorisation du Comité hygiène et sécurité de lutte contre les infections nosocomiales.
- ▶ Signature d'une convention entre la SPDA et le CH de Dreux.
- ▶ Information auprès des professionnels de santé concernés et personnes hospitalisées.
- ▶ Élaboration d'un contrat d'engagement entre la SPDA et la personne hospitalisée.
- ▶ Organisation et réalisation des rencontres patients/animal à l'hôpital.

Résultats

- ▶ Présentation auprès de la presse locale en mars 2010.
- ▶ Juillet à décembre 2010 : chaque semaine, rencontre entre un patient et son animal de compagnie.
- ▶ Nombreux appels pour renseignements par rapport à cette prestation.
- ▶ Bilan d'activité 2010 Société de protection et de défense des animaux de Sérazereux : au total, 395 jours en pension ; 2 abandons ; 13 chiens ; 1 chat ; 18 visites à l'hôpital.
- ▶ Bilan d'activité 2011 SPDA : 301 jours en pension ; 4 abandons ; 7 chiens et 14 visites à l'hôpital.
- ▶ Satisfaction des patients hospitalisés ayant confié leur animal domestique à la SPDA et/ou ayant pu le rencontrer sur le Centre hospitalier.

Conclusions

La réalisation de ce projet a permis d'améliorer la qualité de vie et de prise en charge médicale des personnes isolées et atteintes de cancer, hospitalisées au Centre hospitalier de Dreux. Sachant son animal de compagnie hébergé en lieu sûr et bien soigné, et ayant la possibilité de le retrouver régulièrement sur le lieu de son hospitalisation, le patient se sent rassuré et réconforté affectivement.

Lorsque l'état de santé du patient ne lui permet pas la visite de son animal, la SPDA lui envoie photo et courrier.

Déterminants de la participation au dépistage des cancers du sein et du col de l'utérus dans l'agglomération parisienne : les origines migratoires sont un facteur d'exclusion

INSERM UMR 707 Paris

Claire RONDET¹, Francesca GRILLO¹, Marion SOLER¹, Isabelle PARIZOT², Pierre CHAUVIN¹

¹Equipe DS3, UMRS 707 (INSERM-UPMC ;

²ERIS, Centre Maurice Halbwachs (CNRS, EHESS, ENS)

Contexte

Le cancer du sein est en France le cancer le plus fréquent chez la femme avec une incidence de 52 600 nouveaux cas en 2010. Son dépistage est réalisé soit dans le cadre du programme national de dépistage organisé (DO) proposé tous les 2 ans à toutes les femmes âgées de 50 à 74 ans, soit de manière individuelle.

La fréquence du cancer du col de l'utérus se range, elle, au huitième rang des cancers féminins, avec environ 3 500 nouveaux cas par an. Son dépistage reste individuel, mais les recommandations préconisent un premier frottis cervico-utérin (FCU) dès 25 ans, contrôlé un an plus tard puis tous les 3 ans jusqu'à 65 ans.

Objectifs

Après avoir conduit précédemment des analyses sur les retards aux dépistages, les objectifs de cette étude étaient de déterminer les caractéristiques des femmes n'ayant jamais été dépistées pour l'un ou l'autre de ces deux cancers.

Méthode

Cette étude se base sur l'analyse transversale des données de la troisième vague d'enquête de la cohorte SIRS (Santé, Inégalités et Ruptures Sociales), conduite en 2010 avec le soutien de l'INCa, auprès d'un échantillon représentatif des adultes francophones de Paris et de la première couronne de départements, constitué aléatoirement à trois degrés. L'échantillon comprend 3 006 adultes dont 1 819 femmes. Ont été incluses dans les analyses les 1 725 femmes âgées de 25 ans ou plus, sans antécédent d'hystérectomie, pour le FCU, et les 614 femmes de 50 à 74 ans, sans contre-indication du DO pour la mammographie.

Les variables d'intérêt considérées étaient l'absence soit de tout FCU, soit de toute mammographie, au cours de la vie et déclarées par les femmes. Des modèles de régressions logistiques ont analysé les caractéristiques démographiques, socioéconomiques, d'insertion sociale et de santé associées. Les analyses ont été réalisées avec SAS 9.2.

Résultats

- ▶ Parmi les femmes de 25 ans et plus, 8,8 % n'avaient jamais fait de FCU au cours de leur vie. Une fois ajusté sur l'âge, les femmes françaises nées d'au moins un parent étranger avaient deux fois plus de risque de n'avoir jamais été dépistées que les femmes nées de deux parents français (OR=2,46 ; IC 95 % [1,60-3,77]) et ce risque redoublait pour les femmes étrangères (OR=5,27 ; IC95 % [3,41-8,15]). La proportion de vie passée en France métropolitaine diminuait le risque de non-dépistage pour les femmes étrangères, mais les différences entre les femmes nées de deux parents français persistaient, même lorsque toutes les autres caractéristiques sociodémographiques étaient prises en compte.
- ▶ Parmi les femmes de 50 à 74 ans, 3,7 % n'avaient jamais eu de mammographie au cours de leur vie. Parmi elles, plus de 90 % déclaraient ne pas avoir de suivi gynécologique régulier. Une fois ajusté sur l'âge, les femmes étrangères avaient huit fois plus de risque de n'avoir jamais réalisé de mammographie que les femmes françaises (OR=8,47 ; IC95 % [2,89-24,76]). Le fait d'avoir un suivi gynécologique régulier diminuait de moitié ce risque (OR=4,36 ; IC95 % [1,32-14,39]).
- ▶ Cette étude réalisée en population générale montre que l'origine migratoire des femmes est un facteur d'inégalité très important concernant le recours au moins une fois dans sa vie au dépistage du cancer du col de l'utérus ou du cancer du sein. Également observé dans la littérature nord-américaine, un tel résultat n'avait jamais — à notre connaissance — été décrit à ce jour en France.

Publications

- ▶ Chauvin P, Parizot I. Les inégalités sociales et territoriales de santé dans l'agglomération parisienne : une analyse de la cohorte SIRS. Paris, Editions de la DIV (coll. Les documents de l'ONZUS), 2009, 105 p.
- ▶ Vallée J, Cadot E, Grillo F, Parizot I, Chauvin P. The combined effects of activity space and neighbourhood of residence on participation in preventive health-care activities: the case of cervical screening in the Paris metropolitan area (France). *Health Place* 2010; 16(5): 838-52.
- ▶ Grillo F, Vallée J, Chauvin P. Inequalities in cervical cancer screening for women with or without a regular consulting in primary care for gynaecological health in Paris, France. *Prev Med* 2012; 54: 259-65.
- ▶ Grillo F, Soler M, Chauvin P. L'absence de dépistage du cancer du col de l'utérus en fonction des caractéristiques migratoires chez les femmes de l'agglomération parisienne en 2010. *BEH* 2012; 2-3-4: 45-7.

Accompagnement de personnes atteintes d'un cancer : étude-action auprès de compagnons, salariés et bénévoles d'Emmaüs Solidarité

Emmaüs Solidarité et C.Compagnon.Conseil

Meryem BELKACEMI, Claire COMPAGNON, Sarah MELHENAS

Contexte

En dépit de leur état de santé, la majorité des personnes sans abri accueillies ou rencontrées par l'association Emmaüs font rarement appel à des premiers soins ou renoncent à suivre une thérapeutique adaptée notamment lorsqu'il s'agit de vivre avec une pathologie au long cours comme le cancer.

De plus, on note un accroissement du nombre de personnes atteintes de cancers dans les structures de l'association. Les salariés autant que les bénévoles et les compagnons d'Emmaüs sont démunis face à une pathologie comme le cancer ou/et en ont peur.

En regard de cette situation, l'information, l'orientation, voire, l'accompagnement de personnes atteintes d'une maladie au long cours comme le cancer se révèlent aujourd'hui être une problématique qui se pose à l'association Emmaüs.

Dans le cadre d'un appel à projets lancé par l'INCa en 2009, l'association Emmaüs a voulu lancer et piloter une étude-action menée par deux consultantes indépendantes : Claire Compagnon, ancienne directrice des programmes d'actions pour les malades à la Ligue contre le cancer et Sarah Melhenas, journaliste, conseil en médiation des publics, spécialisée en politique de santé publique.

Objectifs

- ▶ Élaborer et mettre en œuvre des modules de formation à l'accueil, l'information, l'orientation, voire à l'accompagnement des personnes sans abri confrontées à un cancer.
- ▶ Permettre le développement d'une meilleure connaissance de la pathologie cancer, de l'offre de soins et des acteurs concernés (réseaux, associations, institutions, etc.).

Méthode

Une démarche participative s'est imposée pour atteindre les objectifs de l'étude-action associant étroitement compagnons, salariés et bénévoles de l'association Emmaüs pour leur rôle majeur d'interface entre les personnes malades et les professionnels de santé. Trois étapes ont marqué le projet :

1. recueil de témoignages de salariés, compagnons et bénévoles de l'association pour tirer les enseignements de leur expérience face au cancer ;
2. analyse des attentes en matière d'information, d'orientation, voire d'accompagnement de personnes atteintes d'un cancer ;
3. mise en œuvre de modules de formation répondant aux besoins exprimés.

Résultats

Près de 40 personnes, des salariés, des compagnons et des bénévoles de l'association se sont exprimées dans le cadre d'entretiens individuels ou collectifs. Plusieurs constats :

- ▶ des intervenants démunis : entre peur et/ou rejet, souffrance et culpabilité ;
- ▶ un accès aux soins difficile : l'« aquoibonisme » de la personne malade, du médecin, le déni, la dysobservance thérapeutique, etc. ;
- ▶ des besoins importants en termes d'informations, de réseaux et de passerelles sanitaires et sociales.

Une formation a été menée dont l'objectif central était de constituer une réflexion commune sur la vision de l'accompagnement des personnes atteintes d'un cancer accueillies à Emmaüs Solidarité.

Entre échanges de savoirs et de pratiques, il s'agissait de repérer et développer les compétences qui existent et sur lesquelles il est possible de s'appuyer pour mieux appréhender l'accompagnement des personnes atteintes d'un cancer dans le respect de leur intégrité et la mise en exercice de leurs droits.

Chaque module réunissait des « experts savants ou profanes » d'horizons différents dans des échanges sur des cas pratiques où la complémentarité des points de vue participait de la formation.

Conclusions

L'étude-action et la formation participative ont permis de produire de l'intelligence collective faisant de l'accompagnement des personnes atteintes d'un cancer, un levier du développement d'une plus grande culture santé au sein d'Emmaüs Solidarité.

Trajectoires des malades, contextes de soin et inégalités sociales. Étude croisée des formes de vulnérabilité des patients atteints de cancer en évolution et des patients étrangers et immigrés en Bretagne

Université de Rennes

Hélène MARCHE (ESO-Rennes UMR 6590, Université Rennes 2)

et Anaik PIAN (ARS, EA 3149 Université de Bretagne Occidentale)

Coordinateur : Marcel CALVEZ (ESO-Rennes UMR 6590, Université Rennes 2)

Coordinatrice axe 2 : Simone PENNEC (ARS, EA 3149, Université de Bretagne Occidentale)

Contexte

La recherche a pour objectif d'éclairer les formes de vulnérabilités dans l'expérience du cancer en s'intéressant de manière conjointe aux trajectoires biographiques et aux trajectoires de soin. Les terrains d'études sont localisés en Bretagne. L'axe 1 (Hélène Marche) interroge les parcours de soins des patients atteints de cancer avancé et les formes de vulnérabilité auxquelles ils se confrontent selon les lieux de soins (domicile, services de cancérologie, de soins palliatifs, etc.) et les situations de maladie.

L'approche met en perspective l'expérience des patients et les activités des professionnels qui les accompagnent (qualification de la vulnérabilité par les professionnels, contraintes organisationnelles, normes du soin). Partant du constat que les inégalités sociales de santé touchent au premier plan les étrangers et les immigrés, l'axe 2 (Anaik Pian) a pour objectif de comprendre la construction des parcours de soins de ces populations atteintes de cancer. L'étude cherche à saisir d'une part, les effets de la situation migratoire sur ces parcours de soin et d'autre part, l'importance de dimensions plus culturelles dans l'expérience de la maladie.

Méthode

L'enquête qualitative s'appuie sur des entretiens (patients, proches, professionnels, structures associatives) et des observations (services de cancérologie, de soins palliatifs, d'aide au maintien à domicile)¹. L'analyse des données débouche sur la construction d'études de cas permettant une mise en perspective des différentes trajectoires de soins observées.

Résultats intermédiaires

L'analyse croisée des inégalités d'accès aux soins et de prises en charge se décline à partir de quatre entrées :

1. Contraintes administratives propres aux étrangers malades

Les difficultés administratives d'accès aux soins auxquelles se heurtent les étrangers atteints de cancer varient selon les statuts migratoires et se retrouvent tout au long du continuum des soins. Les ambivalences entre droits aux soins, accès effectif aux soins et mise en œuvre des démarches de soin sont génératrices de trajectoires de soin différenciées.

¹ Une soixantaine d'entretiens a été réalisée pour chacun des deux axes.

2. Inégalités sociales et rapports sociaux de genre

Les rapports sociaux de genre interviennent dans les gestions profane et professionnelle du cancer. Pour les femmes (immigrées, étrangères ou non), la confrontation à la maladie s'accompagne de contraintes spécifiques liées au travail domestique et au travail de soins profanes (du care). Ces contraintes ont des incidences sur a) les éventuelles carrières professionnelles ; b) les soutiens familiaux mobilisés.

3. Position socioéconomique

La conformité au rôle attendu de malade varie selon la position dans l'échelle sociale. Ce rôle engage plusieurs dimensions : le rapport à l'information médicale (complexifié dans les situations d'interprétariat concernant les étrangers allophones) ; la revendication et la reconnaissance de capacités à agir des malades et de leurs proches, le travail des patients pour faire reconnaître leurs symptômes. Il apparaît que les patients les plus à distance du rôle conforme de malade appartiennent aux milieux sociaux les plus défavorisés, mais aussi les plus favorisés. Pour certains étrangers, le décalage entre la position socioéconomique occupée dans leur pays d'origine et leur situation beaucoup plus précaire en France, conjugué aux représentations culturalistes de certains soignants, brouille la manière dont leur conformité au rôle de malade est évaluée par les équipes de soin.

4. Contextes et trajectoires de soins

Des inégalités de prises en charge sont en partie alimentées par les catégorisations des malades par les professionnels. Elles ont des effets sur les modalités d'orientation des patients dans l'espace du soin (retour à domicile, orientation vers un psychologue, transfert vers un autre service ou établissement, etc.)

Les inégalités résultent aussi des stratégies de mobilité des malades à la recherche du « meilleur traitement possible » (ce qui peut impliquer des déplacements à l'échelle locale, régionale voire internationale). Cette mobilité est également un indicateur des inégalités perçues par les patients ou leurs proches.

Les inégalités de ressources orientent par ailleurs la question du lieu du décès (hôpital, domicile) pour les patients en fin de vie. Cette question, qui fait intervenir des considérations à la fois techniques, sociales et biographiques est exacerbée pour les étrangers et immigrés dès lors qu'un retour au pays d'origine (du vivant ou postmortem) est envisagé.

Conclusions

Dans un contexte de rationalisation des soins oncologiques, le traitement du cancer implique une pluralité de lieux et d'acteurs, ce qui engendre des inégalités sociales d'accès aux soins et de prise en charge. Des pistes de réflexion se dessinent quant au rôle joué à cet égard par l'entourage des patients et quant à l'articulation des rapports sociaux impliqués dans les inégalités sociales de santé (genre, âge, milieu social et origine ethnique).

Apport de l'interprétariat dans le dispositif d'annonce et la prise en charge des malades du cancer

Réseau ONCONORD
Dr Isabelle MARIN

Contexte

La population suivie par Onconord est pour une part non francophone. Les différents établissements hospitaliers du territoire et leurs professionnels doivent utiliser de multiples ressources pour pouvoir communiquer : des interprètes professionnels, des interprètes soignants, la famille ou l'entourage quand ils parlent mieux français, voire d'autres malades parlant la même langue. Souvent les communications sont réduites.

De nombreux travaux ont fait état du retentissement de ce déficit en communication sur la compliance et la qualité des soins aussi bien techniques que relationnels.

Les résistances à l'utilisation des interprètes sont multiples : financières parfois, organisationnelles souvent (la communication ne peut souvent pas attendre le rendez-vous avec l'interprète), elles viennent tant des soignants que des familles qui préfèrent au départ utiliser leurs proches. Enfin les capacités linguistiques des malades sont souvent surestimées.

Objectifs

Ci-dessous les quatre objectifs poursuivis par cette recherche :

- ▶ l'identification des pratiques existantes à partir d'une enquête par services ;
- ▶ la conception et l'animation de modules de formation ;
- ▶ la proposition et le financement de vacations d'interprétariat ;
- ▶ l'accompagnement des équipes.

Déroulement et résultats

▶ **L'enquête** : elle s'est déroulée sur 15 mois, et a donné lieu à un rapport écrit.

▶ **Formations** : deux formations pour les soignants interprètes ont eu lieu. Des formations pour les soignants utilisant des interprètes ont également été assurées.

Ces formations ont permis de travailler sur les postures dans les situations d'interprétariat. À l'issue de la formation pour les soignants qui interviennent comme interprètes, les participants ont été en mesure d'élaborer un guide de bonne pratique à l'usage de ces soignants-interprètes.

▶ **Le groupe multiculturalité** : s'est réuni une fois par mois tout au long de l'expérimentation, ce collectif a constitué une instance de suivi de la recherche action, et a permis de préparer la « journée multiculturalité ».

▶ **Les vacations des interprètes** : elles ont été très peu utilisées, soit parce que les hôpitaux travaillaient déjà en partenariat avec ISM Interprétariat, soit parce que les professionnels étaient réticents à faire appel à des interprètes.

- ▶ **Suivi des équipes** : six réunions se sont tenues au Centre hospitalier de Saint-Denis.
- ▶ **La journée multiculturalité** « Soigner en langue étrangère » : a eu lieu le 24 novembre 2011.

Les débats, les échanges d'expériences, de savoir-faire et de ressources entre les intervenants et avec le public (essentiellement constitué de professionnels de santé), ont été vivement appréciés par l'ensemble des participants et intervenants. Cette journée a donné lieu à un rendu vidéo.

Disparités socioéconomiques et géographiques dans la détection des adénomes et des cancers colorectaux (DIADE)

CHU de Dijon, Université de Bourgogne

I. FOURNEL^{1,2,3}, A. BOURREDJEM^{1,3}, EA SAULEAU⁴, V COTTET², AM BOUVIER^{1,2,3}, G LAUNOY^{5,6}, C BONITHON KOPP^{1,2,3}.

¹INSERM CIE1 ; ²INSERM U866 ; ³CHU Dijon ; ⁴Hôpitaux Universitaires de Strasbourg ; ⁵U1086 INSERM ; ⁶CHU Caen

Contexte

Des inégalités sociales de la mortalité par cancer colorectal, une des premières causes de mortalité par cancer, ont été constatées en France. La plupart des cancers colorectaux naissant d'un adénome, l'amélioration de la détection précoce et de la résection de cette tumeur bénigne est un objectif majeur de santé publique. Mieux connaître les facteurs sociogéographiques associés avec le processus de détection des adénomes est un préalable indispensable à l'amélioration de la prévention du cancer colorectal. Un travail préliminaire¹ mené dans la population de Côte d'Or a suggéré l'existence de disparités entre zones urbaines et zones rurales dans la détection des adénomes colorectaux, mais pas dans l'incidence du cancer colorectal (CCR). Toutefois, ce travail ne permettait pas de prendre en compte la répartition spatiale fine des tumeurs colorectales ni l'existence d'inégalités socioéconomiques entre zones géographiques.

Objectifs

► Étudier l'impact des disparités sociogéographiques sur le taux de détection des adénomes colorectaux et le taux d'incidence des CCR en Côte d'Or avant la mise en place du dépistage organisé par test Hemoccult (en 2003 en Côte d'Or).

Méthode

Cette étude s'appuie sur les données du registre bourguignon des cancers digestifs, qui collecte systématiquement des données sur les adénomes et les cancers colorectaux depuis 1976. Ont été inclus tous les patients d'au moins 20 ans domiciliés en Côte d'Or, avec un premier adénome ou un CCR invasif incident détecté entre janvier 1995 et décembre 2002. Les patients avec un antécédent de cancer colorectal, une polypose adénomateuse familiale, un cancer colique héréditaire sans polypose ou une maladie inflammatoire colique ont été exclus.

Le niveau socioéconomique a été estimé par le score EDI (Pornet C et al. J Epidemiol Community Health 2012) au niveau des zones IRIS à partir des données du recensement de la population de 1999. Ce score comporte 10 variables (surpeuplement, absence de chauffage, proportion de non-propriétaires de leur logement, chômage, nationalité étrangère, absence de voiture, proportion d'ouvriers ou agriculteurs, foyer > 6 personnes, bas niveau d'éducation et famille monoparentale). Les populations par âge, par sexe et zone IRIS ont été fournies par le recensement de la population de l'INSEE 1999. Des modèles de poisson bayésiens avec une procédure de Monte-Carlo par chaînes de Markov ont été utilisés après avoir testé l'hétérogénéité et l'autocorrélation spatiale. Les différents modèles ont été comparés en utilisant le DIC (critère d'information de déviance).

Résultats

Au total, 5 399 patients présentaient au moins un adénome et 2 125 un CCR invasif. Le taux de détection standardisé sur l'âge et le sexe des adénomes colorectaux était de 164/100 000 [IC95 % :155-173] pour le quintile le plus favorisé, et de 144/100 000 [IC95 % :134-154] et 151/100 000 [IC95 % : 141-161] pour les 4ème et 5ème quintiles. Le taux d'incidence des cancers colorectaux était de 48/100 000 [IC95 % :46-51] sans variations significatives selon le niveau socioéconomique. Une sous-détection significative des adénomes colorectaux était retrouvée pour tous les quintiles comparativement au quintile le plus favorisé, alors qu'aucune différence significative n'était retrouvée pour le cancer. Les modèles bayésiens ajustés sur l'âge et le sexe ont identifié des disparités géographiques dans la détection des adénomes colorectaux (sur-détection autour de Dijon, sous-détection en périphérie du département). La prise en compte du niveau socioéconomique ne modifiait que marginalement ces résultats. Aucune disparité géographique n'a été identifiée en ce qui concerne l'incidence du CCR. Ce résultat n'était pas modifié par l'ajustement sur le niveau socioéconomique.

Conclusions

Après prise en compte de l'autocorrélation et de l'hétérogénéité spatiale, l'approche bayésienne a montré l'existence de disparités géographiques dans la détection des adénomes, qui n'étaient pas expliquées par le niveau socioéconomique. En revanche, il n'était pas retrouvé de disparités géographiques ni socioéconomiques pour l'incidence des CCR. D'autres analyses prenant en compte la distance au médecin le plus proche sont nécessaires pour compléter ces premiers résultats.

Publications

Article

¹Fournel I, Cottet V, Binquet C, Jooste V, Faivre J, Bouvier AM, Bonithon-Kopp C. Rural-urban inequalities in detection rates of colorectal tumours in the population. *Dig Liv Dis* 2012;44(2):172-177.

Communications orales

- ▶ Fournel I, Cottet V, Bourredjem A, Sauleau EA, Bouvier AM, Bonithon-Kopp C. Détection des adénomes et cancers colorectaux : Disparités géographiques et socioéconomiques dans la population de Côte d'Or. Colloque Sciences Humaines et Cancérologie. Besançon, 1-2 octobre 2012.
- ▶ Fournel I, Cottet V, Bourredjem A, Sauleau EA, Bouvier AM, Bonithon-Kopp C. Disparités géographiques et socio-économiques dans la détection des adénomes et l'incidence des cancers colorectaux dans la population de Côte d'Or. Forum des Jeunes Chercheurs, Besançon, 7 septembre 2012.
- ▶ Fournel I, Cottet V, Binquet C, Bouvier AM, Faivre J, Bonithon-Kopp C. Disparités du taux de détection des adénomes colorectaux en fonction du lieu de domicile et de la distance aux médecins en Côte d'Or, entre 1990 et 1999. IV^{ème} congrès international d'épidémiologie « Du Nord au Sud ». 15-17 septembre 2010, Marseille. *Résumé publié dans la Revue d'Épidémiologie et de Santé Publique 2010 ; 58 (Supplément 2) :S71.*
- ▶ Fournel I, Cottet V, Binquet C, Jooste V, Bouvier AM, Faivre J, Bonithon-Kopp C. Disparités socio-géographiques dans l'incidence des adénomes et des cancers colorectaux. Forum des Jeunes Chercheurs, Besançon, 8 juin 2010
- ▶ Fournel I, Cottet V, Binquet C, Jooste V, Bouvier AM, Faivre J, Bonithon-Kopp C. Disparité du taux de détection des adénomes et des cancers colorectaux en fonction du lieu de domicile et de la distance aux médecins en Côte d'Or entre 1990 et 1999. Colloque Sciences Humaines et Cancérologie. Besançon, 21-22 juin 2010.

Posters

- ▶ Fournel I, Cottet V, Binquet C, Jooste V, Bouvier AM, Faivre J, Bonithon-Kopp C. Rural-urban inequalities in colorectal adenoma detection rates in the general population ? ESMO Conference : 12th World Congress on Gastrointestinal Cancer, Barcelona, Spain. June 30 2010-July 3 2010. Abstract published in : *Annals of Oncology* 2010 ;21(6) : 57.
- ▶ Fournel I, Cottet V, Binquet C, Jooste V, Bouvier AM, Faivre J, Bonithon-Kopp C. Inequalities in access to colonoscopy among rural and urban patients: a population-based study. 15th Annual meeting of the French Society of Pharmacology & Therapeutics, 22-24 March 2011, Grenoble. Abstract published in: *Fund Clin Pharmacol* 2011;25(suppl 1):P380.

L'activité physique en cancérologie comme moyen de lutte contre l'exclusion et la précarité liée à la maladie en Seine-Saint-Denis

Cancer Arts Martiaux et Informations

Dr Thierry BOUILLET, Jean-Marc DESCOTES

Contexte

En Seine-Saint-Denis, il existe des populations plus atteintes que d'autres par le cancer, en particulier les classes sociales défavorisées.

Un autre point est l'entrée tardive dans le parcours de soin au vue des spécificités socioculturelles de la population de la Seine-Saint-Denis. Le profil socioéconomique et les indicateurs présents en Seine-Saint-Denis ne peuvent qu'alerter sur cette situation :

- ▶ le revenu moyen annuel par foyer fiscal est le plus faible de la région Île-de-France ;
- ▶ le taux de chômage le plus élevé de la région ;
- ▶ l'espérance de vie à 60 ans est inférieure à la moyenne régionale.

Objectifs

La CAMI Sport et Cancer et Oncologie 93 ont choisi d'intégrer l'activité physique et sportive comme une offre supplémentaire du réseau pour les patients en cours de traitement et après les traitements pour permettre la reconquête d'une dynamique sociale par :

- ▶ une réappropriation du schéma corporel et une redécouverte de l'estime de soi grâce à la méthode pédagogique développée par la CAMI Sport et Cancer ;
- ▶ un facteur de resocialisation par la mise en place de cours collectif ;
- ▶ une adhésion à la pratique d'une activité physique comme élément important du parcours de vie même après avoir quitté les cours de la CAMI Sport et Cancer.

Méthode

La CAMI Sport et Cancer et le Réseau Oncologie 93 ont mis en place un cours par semaine à Bobigny en plus du cours dispensé au sein de l'hôpital Avicenne.

Ces cours sont dispensés par des éducateurs médico-sportifs titulaires du diplôme universitaire Sport et Cancer, permettant d'utiliser les pratiques sportives comme un moyen d'accompagnement et de réappropriation du corps pour favoriser la qualité de vie et permettre d'atteindre les effets bénéfiques relatés dans les essais scientifiques.

Le Réseau Oncologie 93 s'est chargé d'assurer la promotion des cours et l'adhésion des patients au projet dans le cadre des actions déjà mis en place au sein du Réseau. Des brochures d'informations, des conférences et des présentations ont été assurées au sein des structures médicales du Réseau.

Résultats

Dans le cadre d'une évaluation réalisée en 2010 par le Réseau Oncologie 93 sur le lien entre activité physique et sportive et isolement social lié à la maladie et à la précarité, toutes les personnes interrogées ont vécu les programmes de la CAMI Sport et Cancer comme une (re)connaissance de lien social et la possibilité de briser l'isolement. Toutes ces personnes avaient un score EPICES² proche de 50.

Conclusions

L'activité physique et sportive est un moyen de lutte contre l'exclusion et la précarité liée à la maladie.

Cependant cette activité physique doit être assurée par des professionnels formés et compétents aptes à susciter l'adhésion à un projet et donner les moyens et la compréhension de l'apport que peut apporter l'activité physique dans le quotidien des patients.

Il doit être également porté par une structure qui connaît parfaitement le parcours de soin et de vie des personnes concernées et qui peut inscrire la promotion de l'activité physique dans le temps pour la présenter au bon moment.

La CAMI Sport et Cancer et le Réseau Oncologie 93 répondent parfaitement à ces deux conditions.

² Évaluation de la Précarité et des Inégalités de santé dans les Centres d'Examens de Santé : indicateur individuel de précarité qui prend en compte le caractère multidimensionnelle de la précarité.

Précarité et aide sociale à l'arrêt du tabagisme

Centre de tabacologie, Hôpital européen Georges Pompidou, Paris

Dr Anne-Laurence LE FAOU, Monique BAHA

Contexte

Selon les résultats des Baromètres Santé, la prévalence du tabagisme chez les chômeurs est passée de 43,5 % à 49,6 % entre 2005 et 2010. En dépit des hausses de prix, les fumeurs précaires consacrent près de 20 % de leurs revenus au tabac. De plus, ils considèrent souvent le tabac comme leur seul plaisir dans une vie de privations, indépendamment des effets délétères sur la santé. Les messages collectifs de prévention sanitaire ont alors peu d'impact sur cette population qui vit souvent au jour le jour et ne peut se projeter dans l'avenir pour prévenir les risques pour sa santé.

Objectifs

Évaluer l'efficacité d'une prise en charge du sevrage tabagique des fumeurs précaires qui s'appuie sur un soutien social intensif en groupe, comparé à un suivi individuel standard : sur les taux d'arrêt à 6 mois de suivi ainsi que sur les comportements tabagiques pour les participants toujours fumeurs.

Méthode

	Prise en charge en groupe	Soins courants
Semaines 1 à 6	<ul style="list-style-type: none">Soutien matériel : offre de substituts nicotiniques gratuitsSoutien informatif : séances thématiques hebdomadaires pour aider le fumeur à gérer ses difficultés face à l'arrêtSoutien émotionnel : empathie, écoute de la de la part du tabacologue ainsi que interaction entre les participants au groupe.	Substituts nicotiniques offerts gratuitement Consultations individuelles de suivi pour aider le fumeur à gérer ses difficultés face à l'arrêt
A partir de la 7 ^{ème} semaine (2 ^{ème} mois)	Consultations individuelles de suivi	

L'arrêt est validé par la mesure du monoxyde de carbone dans l'air expiré. Le questionnaire des comportements tabagiques (QCT) est complété lors de la première séance en groupe ainsi qu'à 6 mois. Nos objectifs de recherche nécessitent l'inclusion de 75 fumeurs en « intervention » et 75 en « contrôle ».

Résultats préliminaires

Trente-trois participants ont été recrutés dans le cadre de 6 cycles de séances en groupe ; 41 fumeurs précaires sont suivis en soins courants. En groupe, les participants partagent spontanément leurs expériences, leurs stratégies de coping et s'encouragent mutuellement. Les scores au QCT montrent l'importance de la dépendance physique et l'usage de la cigarette pour gérer les affects négatifs. Six participants ont arrêté de fumer au terme des séances en groupe et 8 ont réduit leur consommation de moitié. Quatre participants ont maintenu l'arrêt 6 mois plus tard ; 3 participants ont interrompu leur participation avant la fin des séances en groupe et sont perdus de vue.

Notre projet a été présenté au congrès de la Société européenne de psychologie de la santé à Prague le 23 août 2012.

Quels dispositifs de prévention et d'accompagnement concevoir pour des populations précaires sur le plan socioéconomique, dans le domaine de la lutte contre le tabagisme ?

Comité national contre le tabagisme
Emmanuelle BEGUINOT

Contexte

Le tabagisme est en France la première cause de mortalité prématurée évitable, en particulier par cancer. De plus, il constitue non seulement un marqueur social très important (les populations issues de catégories socioprofessionnelles défavorisées fument davantage et sont moins nombreuses à parvenir à arrêter) mais il est également un facteur de pauvreté.

Objectifs

- ▶ Établir un état des lieux des mesures susceptibles de réduire la consommation de tabac parmi les populations en situation de précarité.
- ▶ Sensibiliser et former de nouveaux acteurs, dans le domaine social et de l'insertion professionnelle, aux enjeux de la prévention et de l'arrêt du tabac non seulement sous l'angle sanitaire, mais aussi dans une démarche de réduction de la pauvreté.
- ▶ Évaluer sur une cohorte de jeunes fumeurs en situation de précarité l'évolution de la motivation à arrêter à l'issue d'une période d'intervention, les objectifs secondaires étant d'accompagner et suivre les fumeurs ayant entrepris une démarche d'arrêt et de mieux connaître les motivations et freins à l'arrêt.
- ▶ Communiquer sur la problématique tabac et pauvreté, afin de mobiliser davantage les pouvoirs publics et acteurs concernés par les enjeux de la lutte contre le tabagisme en précisant les modalités efficaces susceptibles d'être mises en œuvre.

Méthode

1. Réalisation d'une étude documentaire comprenant :
 - une revue de la littérature des initiatives permettant de lutter efficacement contre le fléau du tabagisme ou problématiques proches (alcoolisme, obésité, etc.) auprès des populations précaires ;
 - une enquête auprès des organismes de prévention et de santé susceptibles d'avoir mené à bien des initiatives de sensibilisation et d'aide à l'arrêt du tabac.
2. Sensibilisation et formation de nouveaux acteurs, spécialisés dans le domaine social et de l'insertion professionnelle en vue de les amener à intégrer la problématique du tabagisme dans le suivi des populations qui leur sont confiées.

3. Réalisation d'une expérience pilote en partenariat avec la Mission locale et son Espace Santé jeunes de la ville de Reims en charge de l'insertion professionnelle et sociale de jeunes de 16 à 25 ans se caractérisant par : une identification du statut tabagique du jeune et sa participation à une première enquête, une information orale dispensée par le responsable santé de la mission et via l'envoi de SMS, une proposition de prise en charge de la dépendance tabagique avec le service de tabacologie du Centre hospitalier, un accompagnement au travers de la participation à des petits groupes de parole et un suivi par l'éducateur désigné pour le suivi du jeune.

État d'avancement et résultats

Projet en cours. La date d'achèvement est prévue au début du second semestre 2013.

1. La recherche documentaire et l'étude auprès des organismes de prévention et de santé engagées auprès d'une centaine de structures semblent jusqu'à présent souligner qu'en dehors d'un diagnostic réitéré de la relation tabac et précarité, le nombre concret d'expériences évaluées ciblant des groupes de personnes en situation de précarité est des plus réduit. L'enjeu des mesures générales applicables à l'ensemble de la population y compris les populations précaires apparaît en revanche pertinent (l'augmentation des taxes des produits du tabac étant reconnue par l'OMS et la Banque mondiale comme la mesure la plus efficace).

Par ailleurs, une aide au sevrage tabagique s'avère indispensable afin d'accompagner les personnes ayant de faibles revenus dans leur tentative d'arrêt (ex : bénéficiaires de la Couverture maladie universelle).

2. L'expérience pilote menée au sein de la mission locale de Reims est également en cours. Elle apparaît à ce stade comme une expérience intéressante pour impliquer de nouveaux acteurs en dehors du champ sanitaire stricto sensu.

« REprésentations, pratiques et rôle des MEdecins généralistes dans la réduction des inégalités sociales d'accès et de recours au DEpistage des cancers (REMEDE)»

CHU de Caen

G. GRANDAZZI¹, M. TROCME², V. CHRISTOPHE², L. GUITTET¹

¹ Inserm UMR1086 « Cancers & Préventions », Caen, France

² EA 1059 « Unité de Recherche en Sciences Cognitives et Affectives » (URECA) Lille, France

Contexte

Dans le domaine du cancer, les inégalités sociales se manifestent bien en amont de la maladie, et notamment dans l'accès et le recours différenciés au dépistage de la population. Les médecins généralistes, par la place centrale qu'ils occupent dans le système de santé français, et notamment dans le dépistage des cancers, apparaissent susceptibles d'intervenir pour réduire les inégalités sociales de participation au dépistage. Pourtant l'implication des médecins généralistes dans la prévention et la réduction des inégalités sociales rencontre de nombreux freins liés à leurs conditions d'exercice, mais également à leurs représentations des inégalités de santé. Leur capacité à réduire les inégalités de participation au dépistage dépend également de l'accès aux soins et du médecin traitant des populations défavorisées ou isolées.

Objectifs

► L'étude REMEDE vise à analyser les représentations des professionnels de santé impliqués dans le dépistage des cancers concernant les inégalités sociales de santé relatives au dépistage des cancers, la place des médecins généralistes dans la réduction de ces inégalités, et les évolutions possibles du dépistage organisé des cancers français pour pallier ces inégalités.

Méthode

► La première partie de l'étude consiste en une enquête qualitative par entretiens semi-dirigés auprès de 30 généralistes et 30 spécialistes (gynécologues, radiologues et gastro-entérologues) de trois départements du Cancéropôle Nord-Ouest (Manche, Nord et Seine-Maritime), et auprès des structures de gestion du dépistage, Caisses d'assurance maladie et Agences régionales de santé (ARS) de ce territoire. Les entretiens portent sur les représentations en matière d'inégalités sociales de participation au dépistage des cancers colorectal, du sein et du col de l'utérus (dépistage organisé actuel ou envisagé).

- ▶ La deuxième partie de l'étude visera à identifier l'acceptabilité par l'ensemble des acteurs du dépistage, dont les généralistes, de différents scénarios susceptibles de favoriser la réduction des inégalités sociales de participation au dépistage des cancers (élaborés grâce aux entretiens réalisés), impliquant une adaptation des modalités d'exercice du généraliste par exemple, ou l'intervention d'autres professionnels. Cet aspect sera évalué par une étude quantitative auprès d'un échantillon de 500 généralistes, 300 spécialistes (gynécologues, radiologues et gastro-entérologues) tirés au sort sur le territoire français, et auprès de l'ensemble des structures de dépistage, Caisses d'assurance maladie et ARS.

État d'avancement

Trente médecins généralistes (10 par département), sélectionnés aléatoirement à partir de la base de l'Assurance Maladie (AMELI) de façon à avoir 60 % d'hommes, 10 % de médecins exerçant en secteur 2, 30 % en milieu rural, et respectivement 20 %, 40 % et 40 % dans des zones « aisées », « moyennes » ou « défavorisées » d'après l'Indice de Townsend, ont été interrogés. L'analyse approfondie de ces entretiens est en cours. Les entretiens avec les médecins spécialistes et les institutionnels sont en cours, de même que l'élaboration des scénarios dont l'acceptabilité sera testée auprès des professionnels de santé dès le deuxième trimestre de l'année 2013.

Consulter les appels à projets ou à candidature
de l'INCa ainsi que leurs résultats sur
www.e-cancer/aap

Toutes les informations
sur le Plan cancer 2009-2013
www.plan-cancer.gouv.fr

Institut National du Cancer
52, avenue André Morizet
92100 Boulogne-Billancourt
France

Tél. 01 41 10 50 00
Fax 01 41 10 50 20
diffusion@institutcancer.fr