Les situations de vulnérabilité face aux cancers : approche territoriale et exploration des parcours

Axe 2 : Le parcours en cancérologie des personnes en situation de vulnérabilité : approche exploratoire

Décembre 2025

Fédération nationale des observatoires régionaux de la santé

RÉPUBLIQUE FRANÇAISE
Liberté
Égalité
Fraternité

Institut National du Cancer

Les situations de vulnérabilité face aux cancers : approche territoriale et exploration des parcours

-

Axe 2

Le parcours en cancérologie des personnes en situation de vulnérabilité : approche exploratoire

Décembre 2025

Cette étude a été rendue possible grâce au financement de l'Institut national du cancer (INCa)

Les situations de vulnérabilité face aux cancers : approche territoriale et exploration des parcours

Réalisation

ORS Auvergne-Rhône-Alpes : Abdoul SONKO

ORS Bourgogne-Franche-Comté : Caroline BONNET

ORS Bretagne : Sarah BENMARHNIA

ORS Centre-Val de Loire : Claire CHERBONNET, Franck GÉNITEAU, Céline LECLERC, Julien VOSSART

ORS Île-de-France : Catherine EMBERSIN-KYPRIANOU, Khadim NDIAYE

ORS Nouvelle-Aquitaine : Julien GIRAUD, Mélanie PUBERT

Creai-ORS Occitanie : Nathalie BEL, Bernard LEDÉSERT, Inca RUIZ

ORS Pays de la Loire : Marie DALICHAMPT, Laurence GIRARD

OR2S : Cindy ALIX, Thibaut BALCAEN, Nadège THOMAS

Fnors : Vanessa LAURENT, Lise TROTTET, Christelle NAGNONHOU

Les groupes de concertation ont été réalisés en collaboration avec :

CREAI Centre-Val de Loire : Marion PORTAT

CREAI Île-de-France : Capucine BIGOTE

CREAI Nouvelle-Aquitaine : Sarah DUJONCQUOY

Creai-ORS Occitanie : Nathalie MARTINEZ.

Sommaire

Introduction 5
Objectifs 8
Méthodologie 8
I- Comité de pilotage 8
II- Choix des localisations 9
III- Construction des cohortes 12
IV- Identification et construction des indicateurs de parcours 14
V- Identification des populations en situation de vulnérabilité 16
1. Population en situation de handicap 16
2. Personnes âgées en établissement 17
3. Population en situation de précarité 17
VI- Concertations régionales 18
Résultats 21
I- Population en situation de handicap 21
1. Présentation des personnes en situation de handicap 21
- Cancer du sein 21
- Cancer du côlon-rectum 22
- Cancer du pancréas 23
2. Dépistage 24
- Cancer du sein 24
- Cancer du côlon-rectum 24
3. Diagnostic 25
- Cancer du sein 25
- Cancer du côlon-rectum 25
- Cancer du pancréas 25
4. Traitement 27
- Cancer du sein 27
- Cancer du côlon-rectum 28
- Cancer du pancréas 28
5. Devenir 31
- Cancer du sein 31

- Cancer du côlon-rectum 32
- Cancer du pancréas 32

II- Personnes âgées en établissement 34

1. Présentation des personnes âgées en établissement 34
   - Cancer du sein 34
   - Cancer du côlon-rectum 34
   - Cancer du pancréas 35
2. Dépistage 36
3. Diagnostic 36
   - Cancer du sein 36
   - Cancer du côlon-rectum 36
   - Cancer du pancréas 37
4. Traitement 39
   - Cancer du sein 39
   - Cancer du côlon-rectum 39
   - Cancer du pancréas 40
5. Devenir 42
   - Cancer du sein 42
   - Cancer du côlon-rectum 42
   - Cancer du pancréas 43

III- Population en situation de précarité – bénéficiaires de la C2S 45

1. Présentation des bénéficiaires de la C2S 45
   - Cancer du sein 45
   - Cancer du côlon-rectum 46
   - Cancer du pancréas 47
2. Dépistage 48
   - Cancer du sein 48
   - Cancer du côlon-rectum 48
3. Diagnostic 49
   - Cancer du sein 49
   - Cancer du côlon-rectum 49
   - Cancer du pancréas 49
4. Traitement 51
   - Cancer du sein 51
   - Cancer du côlon-rectum 51

- Cancer du pancréas 52

5. Devenir 55
   - Cancer du sein 55
   - Cancer du côlon-rectum 56
   - Cancer du pancréas 56

IV- Synthèse des concertations régionales 58

1. Personnes en situation de handicap 58
   - Concertation régionale relative aux personnes en situation de handicap face au cancer du sein 58
   - Concertation régionale relative aux personnes en situation de handicap face aux cancers digestifs 60
2. Personnes âgées en établissement 63
3. Personnes en situation de précarité 64

Synthèse - Conclusion 68

Annexes 75

Annexe 1 – Composition du comité de pilotage 75

Annexe 2 : Liste des codes utilisés et procédures mises en œuvre pour la construction des cohortes 76

Annexe 3 : Critères d'exclusion par localisation du cancer 82

Annexe 4 : Sein – Caractéristiques socio-démographiques 83

Annexe 5 : cancer colorectal - Caractéristiques socio-démographiques et comorbidités au début de traitement 84

Annexe 6 : Pancréas – Caractéristiques socio-démographiques 85

Annexe 7 : Bases mobilisées et codes utilisés pour la construction de la population en situation de handicap entre le 1er janvier 2017 et le 31 décembre 2022 86

Annexe 8 : Liste des participants aux groupes de concertation 88

Introduction

Depuis 2003, trois plans cancer quinquennaux se sont succédé avant la mise en place en 2021 de la stratégie décennale de lutte contre les cancers.

Le premier plan cancer 2003-2007[1] a permis de structurer la lutte contre le cancer et d'organiser la mobilisation des acteurs. Il a permis la mise en place en 2005 de l'Institut national du cancer (INCa) et de développer des actions selon trois axes : la prévention et le dépistage, l'organisation des soins et l'accompagnement social et humain, la recherche et la formation. C'est au cours de ce plan que la généralisation du dépistage du cancer du sein s'est faite. Des actions de structuration des parcours de cancer ont été mises en place avec, en particulier, la définition de critères permettant aux établissements de santé d'être autorisés à traiter les personnes présentant un cancer d'une part, le développement des centres de coordination en cancérologie et des réunions de concertation pluridisciplinaires d'autre part. Il est à noter que les questions d'inégalités de santé, de vulnérabilité ou de précarité ne sont pas abordées dans ce 1er plan cancer.

Le second plan cancer, couvrant la période 2009-2013[2], fait référence dès son introduction à la « *meilleure prise en compte des inégalités de santé face au cancer et à la mise en œuvre de mesures, visant leur correction* ». Cette question est identifiée comme un des trois thèmes transversaux de ce 2e plan au côté de la prise en compte des facteurs individuels et environnementaux dans la personnalisation des prises en charge et du renforcement du rôle du médecin traitant. En 2013, le bilan de ce plan[3] mettait cependant en avant que « *Les efforts sont à poursuivre dans la connaissance et la compréhension des inégalités face au cancer afin d'agir pour les réduire*. ». Il soulignait également que « *La participation aux programmes de dépistage organisé du cancer du sein et du cancer colorectal n'a pas progressé* ».

Le troisième plan cancer[4], qui portait sur la période 2014-2019, avait comme objectif de « *s'attaque[r] résolument aux inégalités face à la maladie : en portant une attention particulière aux personnes les plus vulnérables, en luttant contre les pertes de chance lors de la prise en charge, en garantissant un accès égalitaire à l'innovation et aux essais cliniques, et en évitant que les conséquences économiques et sociales de la maladie n'aggravent les difficultés des personnes malades.* ». Ce plan était organisé autour de quatre ambitions : guérir plus de personnes malades, préserver la continuité et la qualité de vie, investir dans la prévention et la recherche, optimiser le pilotage et les organisations. Malgré l'objectif fixé au départ, on constate que la question de la lutte contre les inégalités ou l'attention aux populations vulnérables ne fait l'objet d'aucun des 17 objectifs de ce 3e plan. Cependant, lors du bilan de ce plan, un rapport spécifique sur les actions réduisant les inégalités et les pertes de chance a été produit[5]. La conclusion soulignait la nécessité de poursuivre les efforts entrepris et de s'assurer de la mobilisation dans la durée des acteurs, « *condition nécessaire pour enregistrer de nouveaux progrès au bénéfice de tous* ».

Depuis 2021 et pour une période de 10 ans s'étendant jusqu'en 2030, une stratégie décennale de lutte contre les cancers 2021-2030 a été définie[6]. Cette stratégie est organisée selon 4 axes : à côté des axes portant sur l'amélioration de la prévention, la limitation des séquelles et l'amélioration de la qualité de vie, la lutte contre les cancers de mauvais pronostic, le quatrième axe a pour titre « *S'assurer que les progrès bénéficient à tous* ». Parmi les 7 fiches actions de cet axe, la troisième s'intitule « *Lutter contre les inégalités par une approche pragmatique et adaptée aux différentes populations* ». L'objectif assigné est de « *Garantir l'accessibilité à la prévention primaire et secondaire et l'accès aux soins pour les personnes les plus vulnérables ; protéger les plus*

1 Plan cancer 2003-2007 https://www.e-cancer.fr/content/download/59052/537324/file/Plan_cancer_2003-2007_MILC.pdf
2 Plan cancer 2009-2013 https://www.e-cancer.fr/content/download/121696/1458130/file/PlanCancer20092013_02112009.pdf
3 Rapport final au Président de la République du plan cancer 209-2013 – synthèse https://www.e-cancer.fr/content/download/58802/535440/file/rapport-integral-bilan-plan-cancer-2009-2013-.pdf
4 Plan cancer 2019-2019 https://www.e-cancer.fr/content/download/85537/871148/file/Plan-cancer-2014-2019-V4.pdf
5 Bilan des actions de réduction des inégalités et des pertes de chance du Plan cancer 2014-2019 https://www.e-cancer.fr/Expertises-et-publications/Catalogue-des-publications/Bilan-des-actions-de-reduction-des-inegalites-et-des-pertes-de-chance-Plan-cancer-2014-2019
6 Stratégie décennale de lutte contre les cancers 2021-2030 https://www.e-cancer.fr/content/download/317173/4544094/file/Strate%CC%81gie%20de%CC%81cennale%20de%20lutte%20contre%20les%20cancers%202021-2030%20V2.pdf

vulnérables et leur entourage contre les conséquences de la maladie. » et de « *Mieux identifier et tenir compte des différentes vulnérabilités dans la politique de lutte contre le cancer.* »

La question des inégalités sociales, territoriales, environnementales de santé et de leur impact sur le parcours des personnes présentant un cancer s'est donc installée progressivement comme un axe important de la lutte contre les cancers. Le Centre international de recherche sur le cancer (CIRC – IARC) a publié en 2019 un rapport sur ce sujet et intitulé « *Réduire les inégalités sociales face au cancer : données probantes et priorités pour la recherche* »[7].

Plusieurs aspects peuvent ainsi être pris en compte :

Comment les inégalités sociales sont-elles un déterminant de la survenue des cancers ? La synthèse inégalités du plan cancer 2014-2019[8] soulignait que « *Les données épidémiologiques sont explicites en ce qui concerne les inégalités sociales de santé en termes de mortalité et de durée de survie : la catégorie sociale est un facteur réellement discriminant tout au long d'un gradient social progressif des plus démunis aux plus aisés…* ». Les principaux facteurs de risques de cancer, tels que la consommation de tabac, la consommation d'alcool, l'équilibre nutritionnel et le surpoids, ont tous en commun d'être fortement impactés par le même déterminant social.

Comment les inégalités sociales ont un impact sur l'accès à la prévention et au dépistage ? Si ces politiques ont comme objectif premier de réduire les inégalités sociales face au cancer, force est de constater qu'elles atteignent de manière variable les populations qu'elles ciblent. Ainsi, les populations socialement défavorisées sont moins atteintes par ces actions de prévention et ont une moindre propension à s'inscrire dans les démarches de dépistage que les populations les plus favorisées à moins qu'une attention et une vigilance particulière, voire une adaptation de ces politiques et actions soient mises en œuvre pour atteindre ces populations.

Comment les inégalités sociales peuvent-elles impacter les parcours de soins des personnes avec cancer ? La facilité d'accès aux lieux de consultation et de prise en charge peut varier selon les conditions sociales des personnes. La question des transports pour se rendre sur ces lieux, les restes à charge pour certains soins malgré les dispositifs de prise en charge à 100 % mis en œuvre à travers le dispositif des affections de longue durée, la présence de vulnérabilités en lien avec la précarité sociale, l'avancée en âge ou la présence d'une situation de handicap, tous ces éléments sont des facteurs qui peuvent impacter le parcours de soins de personnes présentant un cancer. Les différentiels d'accès aux innovations thérapeutiques selon la catégorie sociale constituent également un point central de la lutte contre les inégalités de santé face aux cancers[9].

Comment les inégalités sociales peuvent-elles agir sur la réinsertion sociale ou professionnelle à l'issue du traitement ? La continuité des parcours de soins et de scolarités des plus jeunes, le maintien ou le retour à l'emploi des actifs sont impactés par la situation sociale des personnes, les catégories les plus défavorisées pouvant être désavantagées dans ce domaine. Mais également, les difficultés rencontrées dans ce domaine peuvent être elles-mêmes source d'inégalités sociales chez les personnes présentant un cancer. Ainsi « *le maintien ou l'accès à l'emploi est accru pour les salariés ayant des métiers d'exécution par rapport aux métiers d'encadrement. Certains déclarent aussi avoir subi des discriminations (refus de promotion…).*[10]» De plus, le cancer peut avoir un impact sur la situation économique des personnes atteintes du fait de la réduction des ressources malgré les revenus de remplacement mis en place, les restes à charge déjà cités, l'accès aux assurances et aux emprunts…

Comment les inégalités sociales ont-elles un impact sur la survie des personnes atteintes d'un cancer ? Les personnes vivant dans les territoires les plus défavorisés présentent un taux de survie à 5 ans moins bons, aussi bien pour les hommes que pour les femmes, que celles vivant dans les territoires les plus favorisés, et ceci pour la quasi-totalité des cancers[11].

---

7 Reducing social inequalities in cancer : evidence and priorities for research / edited by S. Vaccarella, J. Lortet-Tieulent, R. Saracci, D.I. Conway, K. Straif, C.P. Wild. IARC Scientific Publications ; 168

8 Synthèse thématique Plan cancer 2014-2019 https://www.e-cancer.fr/content/download/64031/575070/file/Synthese-inegalites-Plan-cancer-2014-2019.pdf

9 *Ibid.*

10 *Ibid.*

11 Tron L, Belot A, Fauvernier M, Remontet L, Bossard N, Launay L et al. Influence de l'environnement social sur la survie des patients atteints d'un cancer en France. Étude du réseau Francim. Bull Epidémiol Hebd. 2021 ; (5) : 81-93. http://beh.santepubliquefrance.fr/beh/2021/5/2021_5_2.html

Comment les inégalités territoriales ont-elles un effet sur les parcours des personnes atteintes de cancer ?
Les inégalités territoriales d'accès aux professionnels de santé sont très régulièrement mises en avant, par exemple au travers des débats sur les « déserts médicaux », bien entendu en milieu rural, mais aussi dans certaines zones urbaines. Ces inégalités peuvent être retrouvées à toutes les étapes du parcours : en amont au niveau de l'accès aux actions de prévention et de dépistage, au cours du parcours du fait d'inégalités territoriales d'accès aux soins, en aval au travers d'un accès variable aux dispositifs de réinsertion sociale et professionnel.

Comment les inégalités environnementales peuvent agir comme déterminants de survenue des cancers ?
Le rapport du CIRC[12] met ainsi en avant que les facteurs environnementaux (qualité de l'air intérieur et de l'air extérieur, pollution des sols et de l'eau) qui peuvent intervenir comme déterminants de plusieurs cancers se combinent, le plus souvent, avec des facteurs sociaux, en se potentialisant, les populations les plus défavorisées étant souvent plus exposées à ces facteurs environnementaux.

Depuis de nombreuses années, les travaux réalisés par la Fédération nationale des observatoires régionaux de la santé (Fnors) et par le réseau des Observatoires régionaux de la santé (ORS) dans les régions et au niveau national documentent l'impact des inégalités sociales et territoriales sur l'état de santé de la population en France. Ainsi, pour les travaux nationaux, dès 2006, la publication de l'ouvrage « *Inégalités socio-sanitaires en France. De la région au canton* »[13] a permis de documenter les inégalités sociales à un niveau géographique fin et de montrer les contrastes entre les régions du Nord et celles du sud de notre pays, mais aussi d'importantes différences au sein même des régions et des départements en analysant des indicateurs sur la population et les conditions de vie, l'offre de soins et d'accompagnement, les indicateurs de mortalité. Ce travail a été actualisé et complété en 2010[14] en introduisant des notions d'évolution des indicateurs et en mettant les quatre régions ultramarines de l'époque sur le même plan que les territoires hexagonaux. La Fnors et les ORS ont également rédigé la partie « *Profils régionaux* » du rapport 2017 sur l'état de santé de la population en France[15]. Cette partie a permis, pour l'ensemble des régions françaises, y compris ultramarines, de documenter également à une échelle fine, celle des cantons, les inégalités territoriales de santé en France. Dans l'ensemble de ces travaux, la réalisation de typologies a permis de synthétiser les indicateurs analysés et de mettre en relief les inégalités vécues par la population en fonction des territoires où elle réside.

Forts de cette expérience, la Fnors et le réseau des ORS ont souhaité s'inscrire dans les orientations de la stratégie décennale de lutte contre les cancers, en particulier, dans l'objectif de « *lutter contre les inégalités par une approche pragmatique et adaptée aux différentes populations* » (Fiche action IV.3 déjà citée). Elle a donc proposé de contribuer à cet objectif en réalisant des travaux selon deux axes :

- un premier axe qui permet de décrire au niveau des territoires (hexagonaux et ultramarins) les différentes vulnérabilités pouvant avoir un impact sur l'accès aux soins des personnes présentant un cancer en s'attachant aux différentes étapes de ce parcours (dépistage, diagnostic, mise en œuvre des traitements, soins de suite) ;
- un second axe, plus exploratoire sur quatre régions, vise à caractériser le parcours de soins en cancérologie des personnes en situation de handicap, en invalidité ou en inaptitude, des personnes en situation de précarité (bénéficiaires de la C2S), des personnes âgées en établissement.

Le présent rapport porte sur le 2e axe intitulé « Le parcours en cancérologie des personnes en situation de vulnérabilité : approche exploratoire ».

12 Reducing social inequalities in cancer: evidence and priorities for research / edited by S. Vaccarella, J. Lortet-Tieulent, R. Saracci, D.I. Conway, K. Straif, C.P. Wild. IARC Scientific Publications ; 168 https://www.iarc.who.int/social-inequalities-content-overview/

13 Trugeon A, Fontaine D, Lémery N. Inégalités socio-sanitaires en France, de la région au canton. Collection Abrégés, Issy-les-Moulineaux : Elsevier Masson ; 2006, 176p

14 Trugeon A, Thomas N, Michelot F, Lémery N. Inégalités socio-sanitaires en France, de la région au canton. Collection Abrégés, Issy-les-Moulineaux : Elsevier Masson ; 2010, 280

15 L'état de santé de la population en France – Rapport 2017. Direction de la recherche, de études, de l'évaluation et des statistiques (Drees), Santé publique France ; 2017, 434 p. https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/publications-documents-de-reference/rapports/letat-de-sante-de-la-population-en-france-rapport-2017

Objectifs

Le travail réalisé par la Fnors et les ORS dans quatre départements en 2021 dans le cadre du projet porté par la Fédération nationale des Centres régionaux d'études, d'action et d'interventions en faveur des personnes en situation de vulnérabilité (ANCREAI) avec le soutien de la Fondation internationale de la recherche appliquée sur le handicap (Firah) sur l'accès aux actes de dépistage des cancers (sein, colorectal et col de l'utérus) des personnes en situation de handicap a permis d'appréhender la réalisation des actes de dépistage parmi les bénéficiaires de l'Allocation pour adultes handicapés (AAH)[16]. Ainsi, le recours aux actes de dépistage est très inférieur chez les bénéficiaires de l'AAH comparativement à la population générale, marquant ainsi une inégalité de santé forte : près de 25 points d'écart pour le cancer du sein, plus de 10 points d'écart pour le cancer colorectal et plus de 22 points pour la réalisation de frottis.

Si cette première approche des ORS à partir des données du SNDS enrichit les connaissances sur l'accès à la santé des personnes en situation de handicap, elle est cependant relativement restrictive, le spectre des vulnérabilités par rapport à la santé étant beaucoup plus large.

Ainsi, la feuille de route 2021-2025 de la stratégie décennale de lutte contre les cancers vise à *« passer d'une approche générale de la lutte contre les inégalités à une approche ciblée par groupe de population »*[17]. Il convient donc d'étendre le champ d'investigation au-delà des personnes en situation de handicap pour s'intéresser plus largement aux personnes vulnérables (fiche action IV.3 de l'axe 4 de la stratégie décennale).

Deux objectifs principaux sous-tendent cette étude exploratoire :

- le premier vise à étudier les spécificités éventuelles du parcours en cancérologie de trois groupes de population : personnes en situation de handicap, en invalidité ou en inaptitude, personnes en situation de précarité (bénéficiaires de la C2S), personnes âgées en établissement ;
- le deuxième à confronter et enrichir les résultats obtenus à l'aune du regard des acteurs-experts sur le sujet.

Méthodologie

I- Comité de pilotage

Un comité de pilotage a été mis en place pour assurer le suivi du déroulement des travaux, valider les principaux choix méthodologiques et discuter les résultats obtenus.

Pour la composition de ce comité de pilotage, l'objectif était de s'assurer la présence de :

- personnes intervenant dans le champ de l'épidémiologie des cancers et des inégalités de santé aussi bien au niveau national que local ;
- personnes intervenant dans la définition et la mise en œuvre des politiques de santé au niveau régional ;
- professionnels intervenant auprès de personnes présentant un cancer.

La composition du comité de pilotage est présentée en annexe 1.

[16] Accès aux dépistages des cancers des personnes en situation de handicap dans les départements du Val d'Oise, de la Vienne, de l'Hérault et d'Indre-et-Loire, Fnors, ORS Centre-Val de Loire, ORS Île-de-France, ORS Nouvelle-Aquitaine, CREAI-ORS Occitanie, juillet 2022, 21p https://www.fnors.org/wp-content/uploads/2022/07/Acces-aux-depistages_cancers_personnes-en-situation-de-handicap-Version-corrigee.pdf

[17] La feuille de route 2021-2025 - Stratégie décennale de lutte contre les cancers 2021-2030 https://www.e-cancer.fr/content/download/303725/4333183/file/Strat%C3%A9gie%20d%C3%A9cennale%20de%20lutte%20contre%20les%20cancers%202021-2030%20Feuille%20de%20route%202021-2025.pdf

Le comité de pilotage s'est réuni à trois reprises :

- le 21 octobre 2022 ;
- le 19 octobre 2023 ;
- le 22 novembre 2024

II- Choix des localisations

Le premier temps du travail a consisté à déterminer une liste de localisations cancéreuses à prendre en compte en fonction, principalement, du nombre de personnes concernées et de la dynamique d'évolution de ces cancers au cours des années passées. Ces deux critères amenaient à mettre en avant les localisations cancéreuses suivantes : sein, poumon, prostate, côlon-rectum, col de l'utérus et voies aéro-digestives supérieures (VADS).

À ces deux critères énoncés initialement, le groupe de travail a choisi d'en adjoindre d'autres afin d'avoir des éléments de choix complémentaires. Parmi ces nouveaux critères, il semblait important de retenir des éléments permettant de caractériser la létalité des cancers, l'évolution défavorable de celle-ci au cours des dernières années, un âge médian de survenue plutôt jeune, ouvrant ainsi un champ plus large pour l'impact potentiel des actions de prévention, de dépistage ou de diagnostic précoce, l'existence d'un dépistage organisé ou de possibilités de diagnostic précoce, un poids important des déterminants sociaux et environnementaux, au-delà des seuls déterminants démographiques et une variabilité des taux d'incidence ou de mortalité entre les départements français permettant de présupposer l'existence d'inégalités territoriales réelles.

Un élément de faisabilité a également été introduit, à savoir l'existence de guides ou d'indicateurs validés permettant de décrire la qualité des soins et de repérer les différentes étapes des parcours.

Ainsi, une liste de neuf critères a été établie :

1. Incidence élevée (≥ 8 000 nouveaux cas par an et au moins 10 en Lozère[18] en 2018) ;
2. Mortalité élevée (≥ 3 000 décès en 2018) ;
3. Âge médian au décès < 70 ans ;
4. Évolution défavorable de la mortalité (> +50 % entre 1990 et 2018) ;
5. Estimation départementale de l'incidence satisfaisante à partir du Système national des données de santé - SNDS (ALD et/ou PMSI) ;
6. Guide d'indicateurs validés de qualité des soins ;
7. Variabilité élevée de l'incidence ou de la mortalité au niveau départemental ;
8. Incidence fortement attribuable au risque hors facteurs démographiques (> 50 %) ;
9. Existence d'un dépistage organisé ou d'un diagnostic précoce.

Un certain nombre de travaux ont été mobilisés pour caractériser chaque localisation cancéreuse, pour les hommes d'une part, pour les femmes d'autre part, au regard de ces différents critères. Les travaux réalisés par les Hospices civils de Lyon, Santé publique France, le réseau Francim et l'Institut national du cancer à partir des données des registres des cancers ont été la principale source mobilisée pour les quatre premiers et pour l'avant-dernier[19]. Les travaux sur les estimations régionales et départementales d'incidence et de mortalité par cancer en France réalisé par les mêmes institutions ont été utilisés pour les 5e et 7e critères[20]. Les recommandations et outils d'aide à la pratique publiés par l'Institut national du cancer ont servi pour le 6e critère[21].

Les tableaux des deux pages suivantes, le premier pour les hommes et le second pour les femmes, reprennent ces différents critères pour les différentes localisations cancéreuses.

18 La Lozère est le département de France comptant le moins d'habitants, soit un peu plus de 76 000 habitants en 2015 et en 2021.

19 Defossez G, Le Guyader-Peyrou S, Uhry Z, Grosclaude P, Colonna M, Dantony E, et al. Estimations nationales de l'incidence et de la mortalité par cancer en France métropolitaine entre 1990 et 2018. Volume 1 – Tumeurs solides. Saint-Maurice (Fra) : Santé publique France, 2019. 372 p.

20 Chatignoux É, Remontet L, Colonna M, Grosclaude P, Cariou M, Billot-Grasset A, Uhry Z. Estimations régionales et départementales d'incidence et de mortalité par cancers en France, 2007-2016. Matériel et méthodes. Saint-Maurice : Santé publique France, 2019. 18 p.

21 https://www.e-cancer.fr/Professionnels-de-sante/Recommandations-et-outils-d-aide-a-la-pratique

Tableau 1. Critères de sélection selon les différentes localisations - Hommes

HOMMES	Incidence élevée	Mortalité élevée	Âge médian au décès <70 ans	Évolution défavorable de la mortalité	Estimation départementale satisfaisante à partir du SNDS	Guide d'indicateurs validés de qualité des soins	Variabilité élevée de l'incidence et/ou de la mortalité au niveau départemental	Augmentation de l'incidence fortement attribuable au risque hors facteurs démographiques	Existence de dépistage organisé ou de diagnostic précoce
Lèvre-bouche-pharynx	■		■		■		■		■
Œsophage			■		■		■		
Estomac									
Intestin grêle								■	
Côlon et rectum	■	■			■	■			■
Foie	■	■		■	■		■	■	
Voies biliaires									
Pancréas	■	■		■	■	■		■	
Fosses nasales, sinus et oreilles									
Larynx			■				■		
Poumon	■	■	■		■		■		
Mélanome de la peau				■			■	■	■
Sarcome									
Pénis									
Prostate	■	■			■			■	
Testicule			■		■		■	■	
Rein	■	■		■				■	
Vessie	■	■			■		■		
Mélanome de l'uvée									
Système nerveux central			■	■	■			■	
Thyroïde							■	■	
Lymphome de Hodgkin									
Lymphome non Hodgkiniens (LNH)	■	■						■	
Leucémies aiguës myéloïdes								■	
Leucémies myéloïdes chroniques (LMC)									
Syndrome myéloprolifératifs chroniques autres que LMC									
Myélome miltiple							■		
Syndromes myélodysplasiques									
Leucémie myélomonocytaire chronique et autres SMM								■	

Tableau 2. Critères de sélection selon les différentes localisations – Femmes

FEMMES	Incidence élevée	Mortalité élevée	Âge médian au décès <70 ans	Évolution défavorable de la mortalité	Estimation départementale satisfaisante à partir du SNDS	Guide d'indicateurs validés de qualité des soins	Variabilité élevée de l'incidence et/ou de la mortalité au niveau départemental	Augmentation de l'incidence fortement attribuable au risque hors facteurs démographiques	Existence de dépistage organisé ou de diagnostic précoce
Lèvre-bouche-pharynx			■		■			■	■
Œsophage							■		
Estomac					■		■		
Intestin grêle								■	
Côlon et rectum	■	■			■	■			■
Foie				■				■	
Voies biliaires									
Pancréas		■		■	■	■		■	
Fosses nasales, sinus et oreilles									
Larynx			■				■		
Poumon	■	■	■	■	■		■	■	
Mélanome de la peau				■				■	■
Sarcome									
Sein	■	■			■	■			■
Col de l'utérus			■						■
Corps de l'utérus	■				■				
Ovaire		■			■	■			
Vulve									
Vagin									
Rein				■	■			■	
Vessie									
Mélanome de l'uvée									
Système nerveux central			■	■				■	
Thyroïde	■						■	■	
Lymphome de Hodgkin									
Lymphome non Hodgkiniens (LNH)	■	■						■	
Leucémies aiguës myéloïdes								■	
Leucémies myéloïdes chroniques (LMC)									
Syndrome myéloprolifératifs chroniques autres que LMC									
Syndromes myélodysplasiques									
Myélome miltiple									
Leucémie myélomonocytaire chronique et autres SMM								■	

De l'analyse de ces tableaux, il ressort que :

- Pour les hommes, les localisations qui remplissent le plus de critères sont, en premier lieu, les cancers du foie et les cancers du pancréas avec 6 critères sur neuf remplis pour chacun et en second lieu les cancers du poumon, colorectal et lèvre-bouche-pharynx avec 5 critères remplis.
- Pour les femmes, c'est en premier lieu, le cancer du poumon (7 critères), avant le cancer colorectal et le cancer du sein (5 critères) puis le cancer du pancréas et le cancer lèvre-bouche pharynx (4 critères).

Il est ensuite apparu que la catégorie « lèvre-bouche-pharynx » recouvrait un ensemble de cancer présentant des caractéristiques très variables et des modalités spécifiques de prise en charge pour chaque localisation ou type spécifique rendant impossible de produire un set d'indicateurs de parcours cohérents rassemblant un nombre suffisant de situations pour des analyses à des niveaux géographiques fins. Cette localisation a été écartée.

Le cancer du foie a été également écarté du fait de son incidence trop limitée pour produire des indicateurs suffisamment robustes aux niveaux géographiques retenus pour l'analyse.

La liste qui a été retenue pour les analyses était donc constituée par :

- Le cancer du sein pour les femmes ;
- Le cancer colorectal pour les hommes et pour les femmes ;
- Le cancer du pancréas pour les hommes et pour les femmes ;
- Le cancer du poumon pour les hommes et pour les femmes.

La méthodologie de choix des localisations et la liste proposées ont alors été présentées au 1er comité de pilotage qui les a validés.

L'absence de guide d'indicateurs validés de qualité des soins pour le cancer du poumon a ensuite amené à concentrer le travail sur les trois premières localisations citées : le sein, le côlon-rectum et le pancréas.

III- Construction des cohortes

Trois cohortes de patients, une par localisation étudiée, ont été construites à partir des données disponibles dans le Système national des données de Santé (SNDS)[22].

La population d'étude retenue pour la construction de chacune des trois cohortes comprend tous les patients identifiés comme étant :

- nouvellement diagnostiqués et traités pour un cancer du sein ou colorectal ;
- nouvellement diagnostiqués avec ou sans traitement pour un cancer du pancréas ;
- entre le 1er janvier 2018 et le 31 décembre 2022 ;
- et après exclusion de patients présentant au moins un des critères d'exclusion.

Les codes et la procédure utilisée pour l'identification des cas selon chaque localisation sont détaillés en annexe 2 et les critères d'exclusion en annexe 3.

Cette construction a été réalisée en deux étapes :

Première étape : identification des patients ayant eu un diagnostic pour cancer du sein, cancer colorectal ou cancer du pancréas entre le 1er janvier 2018 au 31 décembre 2022.

Il s'agit des patients identifiés, avec une affection de longue durée (ALD) pour cancer du sein, cancer colorectal ou cancer du pancréas,

et/ou,

ayant eu au moins une hospitalisation dans un établissement de santé, pour ce même motif, en MCO, SMR et/ou HAD (diagnostic principal (DP), diagnostic associé (DAS) et/ou diagnostic relié (DR)) ;

[22] Les observatoires régionaux de la santé font partie des organismes ayant un accès permanent aux données du Système national des données de santé (Article R1461-12 du code de la Santé Publique)

Une date index permettant de repérer la première date de diagnostic a été créée en retenant la première date de diagnostic CIM10 de cancer du sein, cancer colorectal ou cancer du pancréas parmi la date de mise en ALD et/ou les dates de début d'hospitalisation avec CIM10 de cancer du sein, cancer colorectal ou cancer du pancréas entre le 1er janvier 2018 et le 31 décembre 2022.

Deuxième étape : exclusion des patients présentant au moins un des critères d'exclusion parmi les patients identifiés à l'étape précédente.

Les patients sans traitement retrouvé ont ensuite été exclus, hormis pour le cancer du pancréas du fait du nombre important de patients concernés. La définition de la date index devient alors la date de premier traitement entre 2018 et 2022 pour le cancer du sein et le cancer colo-rectal, ainsi que pour le cancer du pancréas dès lors qu'un traitement a été retrouvé.

Le deuxième critère d'exclusion portait sur l'âge : seuls les patients dont l'âge à la date index était compris entre 18 et 110 ans ont été inclus dans les trois cohortes finales (*cf* tableau 3).

À l'issue de ces deux étapes, nous avons identifié les patients à inclure au sein de chacune de nos trois cohortes à partir du repérage de la première date de diagnostic.

Tableau 3. Constitution de la population d'étude des trois cohortes dans le SNDS

La date index est la 1ère date de diagnostic CIM10 parmi la date de mise en ALD et/ou les dates de début d'hospitalisation entre 2018 et 2022.	Repérage du 1er diagnostic		
	Cancer du sein	Cancer colorectal	Cancer du pancréas
Inclusion - Patients nouvellement diagnostiqués* pour cancer du sein, cancer colorectal ou cancer du pancréas entre le 1er janvier 2018 et le 31 décembre 2022	352 290	291 460	94 040
Exclusion - Patients sans traitement retrouvé	49 420	63 520	
Changement de définition de la date index qui devient la date de 1er traitement entre 2018 et 2022 pour cancer du sein et cancer colorectal, ainsi que pour le Cpan dès lors qu'un traitement a été retrouvé.	Repérage du 1er diagnostic		
	Cancer du sein	Cancer colorectal	Cancer du pancréas
Exclusion des patients dont l'âge à la date index n'est pas compris entre 18 et 110 ans, et des valeurs aberrantes ou manquantes	13 770	15 160	12 090
Inclusion – Patients avec prises en charge en soins palliatifs	2 660		
Cohorte finale – Nouveaux patients diagnostiqués et traités	291 760	212 780	
Nouveaux patients diagnostiqués avec ou sans traitement			81 950

** Exclusion des patients présentant un antécédent de cancer pour la même localisation dans les 5 ans précédant la date index de diagnostic.*

Les caractéristiques sociodémographiques de la population d'étude des trois cohortes sont détaillées en annexes 4 à 6.

Les patients dont le lieu de domicile n'a pu être identifié sont exclus de la suite des analyses.

IV- Identification et construction des indicateurs de parcours

Le choix des indicateurs de parcours s'est basé sur :

- une revue de la littérature ;
- les travaux menés par l'INCa, en particulier sur les indicateurs de qualité et de sécurité des soins (IQSS) spécifiques aux trois localisations de cancer étudiées ;
- des échanges avec plusieurs spécialistes en cancérologie pour chacune des localisations concernées (sein, côlon-rectum ou pancréas), mobilisant leur expertise clinique et métier pour définir la population d'étude et concevoir les indicateurs de recours au soin à partir des données médico-administratives du SNDS.

Le parcours de soins en cancérologie étant jalonné par plusieurs étapes clés, nous avons cherché à définir des indicateurs permettant d'illustrer chacune d'entre elles : le dépistage (hormis pour le cancer du pancréas), le diagnostic, les traitements mis en place et le devenir du patient.

Tableaux 4 à 6. Tableaux séparés par localisation - Indicateurs représentatifs de chaque étape (avec ses différentes modalités)

Tableau 4. Pour le cancer du sein :

Dépistage	→ patientes ayant réalisé une mammographie dans les 12 à 36 mois précédents le début du traitement (chez les 50-74 ans) → patientes ayant réalisé une biopsie dans les 12 derniers mois avant le début du traitement
Diagnostic	→ patientes selon le niveau de gravité au diagnostic (in situ, invasif localisé, invasif avec envahissement ganglionnaire, métastatique synchrone) => Patientes avec un niveau de gravité au diagnostic élevé (invasif avec envahissement ganglionnaire/métastatique synchrone)
Traitement	→ patientes selon le statut de l'établissement du 1er traitement parmi les établissements suivants : CH (y compris hôpital des armées), CHU/CHRU, CLCC, ESPIC (hors CLCC), établissements privés ou hors établissements (secteur libéral) → patientes selon le traitement reçu au cours de la 1ère année (chirurgie conservatrice, mastectomie totale, chimiothérapie, chimiothérapie conventionnelle, thérapies ciblées, chimiothérapie néoadjuvante, chimiothérapie adjuvante, radiothérapie, hormonothérapie, soins palliatifs)
Devenir	→ patientes décédées au cours de la 1ère année de traitement → patientes ayant eu une reconstruction mammaire après mastectomie totale ou partielle dans les 3 ans après leur 1er traitement → patientes ayant eu une reconstruction mammaire après mastectomie totale dans les 3 ans après leur 1er traitement → patientes décédées au cours des 3 premières années de traitement (patientes avec date de 1er traitement < 01/07/2020) → patientes avec apparition de métastases au cours des 3 premières années de traitement (patientes avec date de 1er traitement < 01/07/2020) → patientes avec une reprise de traitement au cours des 3 premières années de traitement (patientes avec date de 1er traitement < 01/07/2020) → patientes en vie à 3 ans sans rechute, ni métastases (patientes avec date de 1er traitement < 01/07/2020)

Tableau 5. Pour le cancer du côlon-rectum :

Dépistage	→ patients avec des facteurs de risques élevés de cancer colorectal → patients ayant eu recours à un dépistage du cancer du colorectal dans les 30 mois, chez les 52-76 ans, au début du traitement
Diagnostic	→ patients selon la localisation (côlon, rectum, double localisation) → patients selon le niveau de gravité au diagnostic (*in situ*, invasif non métastatique ou métastases synchrones) => Patients avec un niveau de gravité au diagnostic élevé (métastases synchrones) → patients avec un autre cancer actif pris en charge la même année → patients avec un bilan de diagnostic et d'extension complet avant le 1er traitement (IQSSA)
Traitement	→ patients selon le statut de l'établissement du 1er traitement parmi la chirurgie carcinologique, la chimiothérapie ou la radiothérapie (1 seul statut possible parmi les établissements suivants : CH (y compris hôpital des armées), CHU/CHRU, CLCC, ESPIC (hors CLCC), établissements privés ou hors établissements (secteur libéral) → patients avec un cancer colorectal invasif selon le type de traitement chirurgical (non urgent, en urgence, non chirurgical) → patients selon le traitement reçu au cours de la 1ère année (exérèse endoscopique seule, chirurgie carcinologique seule, chimiothérapie et/ou radiothérapie sans chirurgie, chirurgie carcinologique et traitement adjuvant, néoadjuvant et chirurgie, néoadjuvant et chirurgie carcinologique (avec ou sans traitement adjuvant)
Devenir	→ patients décédés au cours de la 1ère année de traitement → patients décédés au cours des 3 premières années de traitement (patients avec date de 1er traitement < 01/07/2020) → patients avec apparition de métastases au cours des 3 premières années de traitement (patients invasifs sans métastases synchrones) → patient avec une reprise de traitement (après un arrêt d'au moins 6 mois) au cours des 3 premières années de traitement (patients invasifs sans métastases synchrones) → patients en vie à 3 ans sans rechute, ni métastases (patients invasifs sans métastases synchrones)

Tableau 6. Pour le cancer du pancréas :

Dépistage	
Diagnostic	→ patients avec un niveau de gravité au diagnostic élevé (métastatique synchrone)
Traitement	→ patients n'ayant eu ni chirurgie ni chimiothérapie (sans traitement) → patients ayant eu une chimiothérapie par thérapie ciblée → patients selon le statut de l'établissement du 1er traitement parmi les établissements suivants : CH (y compris hôpital des armées), CHU/CHRU, CLCC, ESPIC (hors CLCC), établissements privés ou hors établissements (secteur libéral) → patients selon le traitement reçu au cours de la 1ère année : chirurgie thérapeutique seule, chirurgie palliative seule, chimiothérapie seule, chimiothérapie néoadjuvante et une chirurgie thérapeutique, chirurgie thérapeutique et une chimiothérapie adjuvante (parmi les patients ayant eu un traitement)
Devenir	→ patients décédés dans les 3 mois suivant le diagnostic → patients décédés dans les 3 à 6 mois suivant le diagnostic → patients décédés dans les 6 à 12 mois suivant le diagnostic → patients décédés plus d'un an après le diagnostic

V- Identification des populations en situation de vulnérabilité

1. Population en situation de handicap

La population en situation de handicap retenue regroupe tous les assurés-bénéficiaires identifiés avec une reconnaissance administrative d'une situation de handicap comprenant :

- une allocation adultes handicapés (AAH) ;
- une pension d'invalidité de catégorie 3 c'est-à-dire être en incapacité d'exercer une activité professionnelle et d'avoir besoin de l'aide d'une personne pour les gestes essentiels du quotidien ;
- une exonération du ticket modérateur au titre de l'invalidité ;
- une prise en charge par un établissement ou service médicosocial du secteur handicap entre le 1er janvier 2017 et le 31 décembre 2022.

Cette identification a été réalisée en quatre étapes :

a. Identification des assurés-bénéficiaires de l'AAH (dispositif AAH)

Il s'agit des assurés-bénéficiaires ayant eu au moins une prestation de soin remboursée avec une AAH entre le 1er janvier 2017 et le 31 décembre 2021 (dernière année disponible des bases de la cartographie des pathologies au moment de la construction de la cohorte). Par ailleurs, il faut savoir que l'information sur l'ouverture de droits au titre de l'AAH n'est disponible dans le SNDS que pour les personnes non assujetties à un autre titre à un régime obligatoire d'assurance maladie.

b. Identification des assurés-bénéficiaires de l'allocation sous forme de prestation au titre d'une pension d'invalidité (dispositif prestation PI)

Cela concerne tous les assurés-bénéficiaires ayant eu au moins une prestation de soin remboursée au titre de la pension d'invalidité de catégorie 3 uniquement, entre le 1er janvier 2017 et le 31 décembre 2022. Le versement de l'allocation sous forme de prestation au titre d'une pension d'invalidité se termine au moment du passage à la retraite mais il reste une exonération du ticket modérateur après celui-ci.

c. Identification des assurés-bénéficiaires par le motif d'exonération du ticket modérateur au titre d'invalidité (dispositif exonération TM PI)

Il s'agit de tous les assurés-bénéficiaires ayant eu au moins une prestation de soin prise en charge par l'assurance maladie en raison d'une exonération de ticket modérateur au titre d'invalidité (catégorie 3). Ceci permet de repérer l'ensemble des assurés-bénéficiaires concernés par une invalidité de catégorie 3 y compris après le passage à la retraite.

d. Identification des assurés-bénéficiaires admis en établissements ou services médicosociaux (ESMS) du secteur handicap (dispositif ESMS PH)

Cela concerne tous les assurés-bénéficiaires pris en charge par un ESMS entre le 1er janvier 2017 et le 31 décembre 2022 (*cf.* annexe 7 - liste des codes pris en compte)

À l'issue de cette dernière étape, une année index correspondant à la première année de repérage dans l'un des quatre dispositifs de reconnaissance administrative d'une situation de handicap (AAH, prestation PI, exonération TM PI ou ESMS PH) a été créée. Ceci a permis d'identifier les assurés-bénéficiaires en situation de handicap entre le 1er janvier 2017 et le 31 décembre 2022 en créant un top « handicap ».

Enfin, un appariement avec chaque cohorte (cancer du sein, cancer du côlon-rectum et cancer du pancréas) a permis au sein de chacune d'entre elles, d'identifier les patients en situation de handicap avant leur 1er traitement de cancer (ou avant leur 1er diagnostic pour le cancer du pancréas).

2. Personnes âgées en établissement

Les personnes âgées de 75 ans et plus ayant séjourné au moins un jour au sein d'une structure d'hébergement pour personnes âgées au cours de la période 2018 à 2022 ont été repérées dans le SNDS grâce au référentiel des bénéficiaires de soins médico-sociaux (table IR_ESM_R). Cette table recense les séjours en cours ou échus, par âge et sexe du bénéficiaire et également par catégorie d'établissements. Les types d'établissements pris en compte pour notre population d'étude sont les maisons de retraite, les résidences autonomie, les établissements de soins de longue durée (USLD) ainsi que les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (Ehpad).

Les dates d'entrée dans les établissements ont été étudiées et comparées aux dates de diagnostic des trois localisations de cancer afin de prendre en compte dans notre population d'étude uniquement les personnes âgées de 75 ans et plus étant déjà en établissement avant ce diagnostic.

3. Population en situation de précarité

Les personnes en situation de précarité ont été identifiées *via* la complémentaire santé solidarité (C2S ou CSS), variable figurant dans le SNDS.

À partir du 1er novembre 2019, l'aide à la complémentaire santé (ACS) et la couverture maladie universelle complémentaire (CMU-C) ont fusionné pour former la complémentaire santé solidaire (C2S). Cette fusion n'a rien changé pour les bénéficiaires de la CMU-C. Cependant pour les assurés de l'ACS, les garanties ont été alignées sur celles de la CMU-C moyennant une participation financière de maximum 1 euro par jour et par personne. On distingue des bénéficiaires de la C2S gratuite et des bénéficiaires de la C2S participative (C2SP).

Pour les personnes disposant de ressources modestes, le plafond de revenu pour bénéficier de la C2S, dépend de la composition du foyer et peut varier d'une année à l'autre. La C2S est accordée pour un an à l'ensemble du foyer. Elle doit être renouvelée chaque année.

L'identification des personnes C2S dans les tables du SNDS a été réalisée avec le programme ci-dessous.

Dans le SNDS la variable TOP C2S (CMU-C ou ACS avant 2019) est construit via deux sources :

- ER_PRS_F : avoir eu au moins une presta remboursée dans l'année avec comme type de contrat de complémentaire santé BEN_CTA_TYP dans la liste suivante : 89, 91, 92 ou 93 (dispo tous régimes)

  Ou

- IR_ORC_R : avoir une C2S active au moins un jour de l'année (disponible pour les régimes RG+SLM)

89 : Bénéficiaire de la C2S complémentaire (en cours) quel que soit le gestionnaire

91 : Contrat ACS TPI A

92 : Contrat ACS TPI B

93 : Contrat ACS TPI C

Une exploitation a été faite pour repérer également les personnes bénéficiaires de l'aide médicale d'État (AME). Les résultats ont montré que les personnes bénéficiaires de l'AME étaient pour la moitié d'entre elles domiciliées en Île-de-France. L'effectif moyen francilien de bénéficiaires de l'AME était de 151 153 personnes entre 2018 et 2022. Si les effectifs étaient sans doute suffisants en Île-de-France pour croiser cette variable avec les cohortes cancer, sachant que la moitié des bénéficiaires de l'AME sont domiciliés en Île-de-France, les effectifs sont alors insuffisants pour les autres régions de cette étude.
Il a ainsi été décidé de ne pas conserver cet indicateur pour identifier la population en situation de précarité.

VI- Concertations régionales

L'objectif des concertations régionales était de réunir un groupe d'acteurs œuvrant dans le domaine de la cancérologie et dans le champ des populations en situation de vulnérabilité afin d'avoir une lecture critique des résultats obtenus.

Afin de capitaliser sur le premier travail mené avec l'ANCREAI, les groupes de travail ont été constitués au sein des quatre régions qui étaient alors concernées.

Compte tenu du calendrier, de la diversité des populations et des localisations, une répartition des populations vulnérables et des localisations cancéreuses a été faite entre les différentes régions :

- pour le Centre-Val-de-Loire : personnes âgées en établissement pour les trois localisations cancéreuses,
- pour l'Île-de-France : personnes en situation de précarité pour les trois localisations cancéreuses,
- pour la Nouvelle-Aquitaine : personnes en situation de handicap pour le cancer du pancréas et cancer colorectal,
- pour l'Occitanie : personnes en situation de handicap et cancer du sein.

Dans chacune des régions, le territoire retenu est le même que celui qui avait fait l'objet de l'étude sur l'accès au dépistage organisé des personnes en situation de handicap avec l'ANCREAI[23], et cela bien que les résultats soient présentés à un niveau régional. Le choix de rester au niveau départemental a aussi été conditionné par le fait que les acteurs choisis pour participer aux groupes de concertation devaient être au plus près des populations concernées et avaient une bonne connaissance de ces populations. Les territoires retenus sont ainsi :

- l'Indre-et-Loire pour le Centre-Val-de-Loire,
- le Val-d'Oise pour l'Île-de-France,
- la Vienne pour la Nouvelle-Aquitaine,
- l'Hérault pour l'Occitanie.

Afin d'harmoniser les différents groupes de concertation dans les différentes régions, l'élaboration de la méthodologie a été réalisée en commun et en concertation avec l'ANCREAI, chaque ORS ou binôme ORS/CREAI prenant en charge un aspect et le partageant avec l'ensemble des ORS et CREAI.

Les résultats ont été présentés par étape du parcours en cancérologie, afin de proposer une approche dynamique, pour les différentes localisations : dépistage, diagnostic, traitement et devenir des personnes touchées. Pour une meilleure interaction, le diaporama a été présenté dans sa globalité avant de laisser réagir les différents acteurs. Le choix a aussi été fait de présenter aux acteurs chaque indicateur pour les quatre régions concernées et la France entière, bien que l'angle soit la comparaison entre la population vulnérable et la population non vulnérable. Cela permettait pour les régions ayant des indicateurs non diffusables en raison de trop faibles effectifs de disposer malgré tout de données sur d'autres territoires.

Une liste d'acteurs a été établie par un binôme ORS/CREAI, comprenant à la fois des acteurs dans le champ des professionnels de santé et des acteurs en lien avec les populations vulnérables étudiées.

[23] La prévention des cancers pour les personnes handicapées vieillissantes en structures médico-sociales et à domicile : promouvoir et accompagner le dépistage. Paris : ANCREAI, 2022. 145 p.

Un résumé du type d'acteurs à contacter est proposé ci-dessous :

Tableau 7. Personnes âgées en établissement, toutes localisations cancéreuses

Acteurs système de santé	Acteurs de la prise en charge/accompagnement	Acteurs de la prévention	Usagers
Médecins cancérologues : *via* les RCP / réseau de cancérologie	Médecin coordonnateur Ehpad	CRCDC : le représentant dans le département ou le référent régional localisation	Ligue contre le cancer
Médecin généraliste	Médecin USLD (selon territoire)	CPAM (référente prévention + non recours)	Membres de CVS Ehpad
Sage-Femme (pour cancer du sein)	IDEC / IDE	Promotion santé (si actions spécifiques sur le territoire)	
Service ou réseau soins palliatifs	Cadre	Acteurs identifiés *via* OSCAR	
DAC ou PTA : référent de parcours			
ARS : référent cancer + référent PA - ou DD à défaut			

Tableau 8. Personnes en situation de précarité, toutes localisations cancéreuses

Acteurs système de santé	Acteurs de la prise en charge/accompagnement	Acteurs de la prévention	Usagers
Médecins cancérologues : *via* les RCP / réseau de cancérologie	Accueil social inconditionnel (agence solidarité départementale)	CRCDC : le représentant dans le département ou le référent régional localisation	Ligue contre le cancer
Médecin généraliste	PASS	Médecine du travail	Représentants associations aide aux personnes (Secours catholique, Secours Populaire, ATD Quart-monde, Armée du Salut…)
Sage-Femme (pour cancer du sein)	SIAO	CPAM (référente prévention + non recours)	
Service ou réseau soins palliatifs	CCAS	Promotion santé (si actions spécifiques sur le territoire)	
DAC ou PTA : référent de parcours	115	Acteurs identifiés *via* OSCAR	
ARS : référent cancer + référent PA - ou DD à défaut			

Tableau 9. Personnes en situation de handicap, cancers digestifs

Acteurs système de santé	Acteurs de la prise en charge/accompagnement	Acteurs de la prévention	Usagers
Médecins cancérologues : *via* les RCP / réseau de cancérologie	*Au niveau établissement ou service, panacher les types de handicap*	CRCDC : le représentant dans le département ou le référent régional localisation	Ligue contre le cancer
Médecin généraliste	ESAT : référent prévention santé ou, à défaut, cadre	Médecine du travail	Représentants associations personnes concernée sou famille (Unapei, Unafam, APF, Autisme, FAF, associations malentendants...)
Service ou réseau soins palliatifs	EANM - référent prévention santé ou, à défaut, cadre socioéducatif	Promotion santé (si actions spécifiques sur le territoire)	Président de CVS
DAC ou PTA : référent de parcours	EAM - IDEC ou médecin	Acteurs identifiés *via* OSCAR	Représentants de GEM (Groupe d'entraide mutuelle)
ARS : référent cancer + référent PA - ou DD à défaut	EAM - cadre socioéducatif		
Handisoin ou handiconsult	SAVS - cadre socioéducatif		
	SAMSAH - IDEC ou médecin		
	CPAM (référente prévention + non recours)		

Tableau 10. Personnes en situation de handicap, cancer du sein

Acteurs système de santé	Acteurs de la prise en charge/accompagnement	Acteurs de la prévention	Usagers
Médecins cancérologues : *via* les RCP / réseau de cancérologie	*Au niveau établissement ou service, panacher les types de handicap*	CRCDC : le représentant dans le département ou le référent régional localisation	Ligue contre le cancer
Médecin généraliste	ESAT : référent prévention santé ou, à défaut, cadre	Médecine du travail	Représentants associations personnes concernée sou famille (Unapei, Unafam, APF, Autisme, FAF, associations malentendants...)
Sage-Femme (pour cancer du sein)	EANM - référent prévention santé ou, à défaut, cadre socioéducatif	Promotion santé (si actions spécifiques sur le territoire)	Président de CVS
Service ou réseau soins palliatifs	EAM - IDEC ou médecin	Acteurs identifiés *via* OSCAR	Représentants de GEM
DAC ou PTA : référent de parcours	EAM - cadre socioéducatif		
ARS : référent cancer + référent PA - ou DD à défaut	SAVS - cadre socioéducatif		
Handisoin ou handiconsult	SAMSAH - IDEC ou médecin		
	CPAM (référente prévention + non recours)		

Rédaction d'un courrier d'invitation

Un binôme ORS/CREAI s'est chargé de la rédaction du courrier d'invitation à la réunion du groupe de concertation pour les acteurs. Plusieurs ORS ont par ailleurs fait le choix de contacter au préalable par téléphone les acteurs afin d'augmenter la participation à la réunion.

Une grille d'entretien a été élaborée par deux ORS et deux CREAI, pour servir de base à l'animation de la réunion. Les questions étaient les suivantes :

1. Les résultats que nous venons de présenter vous surprennent-ils ?
2. Si oui, en quoi ? Pouvez-vous expliquer ?
3. Si non, quels sont selon vous les freins à un meilleur accès aux…. Dépistage / diagnostic / traitements
4. Sur quels acteurs, organismes, etc. est-il possible de s'appuyer pour améliorer leur parcours ?
5. Y-a-t-il des spécificités dans la région ?
6. Avez-vous connaissance de disparités au sein de la région ?
7. En termes de traitements, à quelles difficultés êtes-vous confrontés pour cette population ?
8. Comment adaptez-vous les traitements au regard de la situation de la personne ?
9. Quels sont les leviers que vous pourriez identifier pour améliorer la prise en charge de cette population (dépistage, diagnostic, traitements, devenir) ?
10. Qu'est-ce que les données n'ont pas permis de présenter et dont vous aimeriez parler ?
11. Est-ce que cette population est visible dans les parcours en cancérologie ?
12. Y-a-t-il des spécificités pour cette population quant à leur prise en charge en cancérologie ?

Dans les modalités de mise en œuvre des groupes de concertation, les ORS/CREAI avaient prévu une durée allant de 2 heures à 3 heures de réunion, certains ORS ont prévu une réunion en fin de journée/ début de soirée afin de pouvoir faire participer des professionnels de santé.

L'animation des groupes a été assurée par les binômes ORS/CREAI.

Les groupes ont eu lieu en présentiel sauf pour l'Île-de-France où compte-tenu de la complexité logistique et du fait que certains acteurs étaient hors Val-d'Oise, la réunion a eu lieu en visioconférence.

Résultats

I- Population en situation de handicap

1. Présentation des personnes en situation de handicap

Les tableaux ci-dessous présentent, pour les trois localisations cancéreuses, et pour les quatre régions dans lesquelles l'étude a eu lieu, les cohortes de personnes en situation de handicap (PSH).

Cancer du sein

En France entière, 288 843 patientes de 18 ans et plus touchées par un cancer du sein ont été identifiées dans le SNDS sur la période 2018-2022. Parmi ces patientes, 4 719 sont en situation de handicap, soit 1,6 % de la cohorte.

Concernant les quatre régions d'étude, les effectifs de PSH vont de 145 patientes en Centre-Val de Loire à 561 en Île-de-France.

Tableau 11. Répartition des effectifs de patientes en situation de handicap de la cohorte Cancer du sein par région d'étude

Région	Cohorte Cancer du sein	Dont PSH	
		Effectif	%
Centre-Val de Loire	11 306	145	1,3 %
Île-de-France	47 447	561	1,2 %
Nouvelle-Aquitaine	28 106	471	1,7 %
Occitanie	26 545	554	2,1 %

Source : SNDS – Exploitation : Fnors – ORS

En France entière, l'âge moyen des femmes de la cohorte Cancer du sein est de 56 ans dans la population PSH et de 62,3 ans dans la population non PSH. De même, dans chacune des quatre régions, la population PSH se montre bien plus jeune que la population non PSH ; cet écart se révélant toutefois moins important en Île-de-France.

Tableau 12. Caractéristiques démographiques des patientes en situation de handicap de la cohorte Cancer du sein par région d'étude

	France entière		Centre-Val de Loire		Île-de-France		Nouvelle-Aquitaine		Occitanie	
Âge (%)	Non PSH	PSH	Non PSH	PSH	Non PSH	PSH	Non PSH	PSH	Non PSH	PSH
18-49 ans	20,9	22,1	19,4	24,1	25,4	23,0	19,2	21,0	20,0	19,7
50-64 ans	33,2	63,4	32,1	60,7	34,6	62,9	32,2	63,5	32,4	66,1
65-74 ans	25,9	12,4	26,9	13,1	22,5	11,6	27,2	12,1	26,2	11,7
75-84 ans	13,5	1,8	13,9	2,1	12,0	1,8	14,0	3,4	14,4	1,8
85 ans et +	6,6	0,4	7,6	0,0	5,6	0,7	7,4	0,0	6,9	0,7
Âge moyen	62,3	56,0	63,2	56,3	60,5	55,8	63,2	56,4	62,8	56,3
Âge médian	63	57	64	57	60	57	64	57	64	56

Source : SNDS – Exploitation : Fnors – ORS

Cancer du côlon-rectum

En France entière, 208 565 patients de 18 ans et plus touchés par un cancer colorectal ont été identifiés dans le SNDS sur la période 2018-2022. Parmi ces patients, 3 288 sont en situation de handicap, soit 1,6 % de la cohorte. Concernant les quatre régions d'étude, les effectifs de PSH vont de 114 patients en Centre-Val de Loire à 410 en Île-de-France.

Tableau 13. Répartition des effectifs de patients en situation de handicap de la cohorte Cancer colorectal par région d'étude

Région	Cohorte Cancer colorectal	Dont PSH	
		Effectif	%
Centre-Val de Loire	8 148	114	1,4 %
Île-de-France	27 891	410	1,5 %
Nouvelle-Aquitaine	22 267	360	1,6 %
Occitanie	21 031	379	1,8 %

Source : SNDS – Exploitation : Fnors – ORS

En France entière, l'âge moyen des patients de la cohorte cancer colorectal est de 58,6 ans dans la population PSH et de 68,5 ans dans la population non PSH. De même, dans chacune des quatre régions, la population PSH est âgée d'environ dix ans de moins que la population non PSH.

La proportion d'hommes reste sensiblement plus élevée quel que soit le territoire et la population d'étude, hormis chez les PSH en Centre-Val de Loire où le sex-ratio est proche de 1.

Tableau 14. Caractéristiques démographiques des patients en situation de handicap de la cohorte Cancer colorectal par région d'étude

	France entière		Centre-Val de Loire		Île-de-France		Nouvelle-Aquitaine		Occitanie	
	Non PSH	PSH	Non PSH	PSH	Non PSH	PSH	Non PSH	PSH	Non PSH	PSH
Sexe (%)										
Homme	55,5	53,9	56,9	50,9	54,2	54,9	55,9	55,3	55,2	56,2
Femme	44,5	46,1	43,1	49,1	45,8	45,1	44,1	44,7	44,8	43,8
Âge (%)										
18-49 ans	6,3	12,6	5,2	13,2	9,1	12,7	5,5	13,1	5,7	10,6
50-64 ans	27,4	67,4	26,5	55,3	30,0	66,1	25,3	69,4	26,6	70,4
65-74 ans	34,0	16,8	34,5	29,0	30,7	17,6	35,0	15,0	33,7	16,1
75-84 ans	24,0	2,8	25,0	2,6	22,4	3,7	25,0	2,2	24,8	2,6
85 ans et +	8,3	0,4	8,7	0,0	7,8	0,0	9,2	0,3	9,2	0,3
Âge moyen	68,5	58,6	69,1	59,8	67,1	58,5	69,3	58,0	69,1	58,5
Âge médian	70	59	70	60,5	68	59	70	59	70	59

Source : SNDS – Exploitation : Fnors – ORS

Cancer du pancréas

En France entière, 79 327 patients de 18 ans et plus touchés par un cancer du pancréas ont été identifiés dans le SNDS sur la période 2018-2022. Parmi ces patients, 1 376 sont en situation de handicap, soit 1,7 % de la cohorte. Concernant nos quatre régions d'étude, les effectifs de PSH vont de 56 patients seulement en Centre-Val de Loire à 199 en Île-de-France.

Tableau 15. Répartition des effectifs de patients en situation de handicap de la cohorte Cancer du pancréas par région d'étude

Région	Cohorte Cancer du pancréas	Dont PSH	
		Effectif	%
Centre-Val de Loire	3 484	56	1,6 %
Île-de-France	11 982	199	1,7 %
Nouvelle-Aquitaine	7 854	156	2,0 %
Occitanie	7 812	158	2,0 %

Source : SNDS – Exploitation : Fnors – ORS

En France entière, l'âge moyen des patients de la cohorte Cancer du pancréas est de 59,5 ans dans la population PSH et de 72,7 ans dans la population non PSH. De même, dans chacune des quatre régions, la population PSH se montre beaucoup plus jeune que la population non PSH ; cet écart allant de 11,2 ans en Île-de-France à 14,6 ans en Occitanie.
La proportion d'hommes est globalement plus élevée quel que soit le territoire et la population d'étude, hormis chez les PSH en Nouvelle-Aquitaine et Occitanie.

Tableau 16. Caractéristiques démographiques des patients en situation de handicap de la cohorte Cancer du pancréas par région d'étude

	France entière		Centre-Val de Loire		Île-de-France		Nouvelle-Aquitaine		Occitanie	
	Non PSH	PSH	Non PSH	PSH	Non PSH	PSH	Non PSH	PSH	Non PSH	PSH
Sexe (%)										
Homme	50,6	51,2	52,0	50,0	50,3	51,8	50,1	48,1	51,3	47,5
Femme	49,4	48,8	48,0	50,0	49,7	48,2	49,9	51,9	48,7	52,5
Âge (%)										
18-49 ans	3,7	11,3	3,5	10,7	5,1	10,1	3,1	13,5	3,3	10,8
50-64 ans	19,7	65,3	20,3	64,3	22,5	58,3	18,9	57,7	19,4	71,5
65-74 ans	30,4	18,4	30,5	21,4	28,4	24,6	30,8	21,8	31,2	16,5
75-84 ans	28,8	3,6	27,9	3,6	27,1	5,5	28,9	5,1	29,2	0,6
85 ans et +	17,5	1,3	17,8	0,0	16,9	1,5	18,3	1,9	16,9	0,6
Âge moyen	72,7	59,5	72,7	59,3	71,7	60,5	73,2	60,3	72,8	58,2
Âge médian	73	60	73	59	73	61	74	61	73	59

Source : SNDS – Exploitation : Fnors – ORS

2. Dépistage

Cancer du sein

Le recours au dépistage du cancer du sein avant le début du traitement est moins fréquent chez les patientes de la cohorte Cancer du sein en situation de handicap. En France, 222,3 pour 1 000 patientes de la cohorte en situation de handicap ont effectué une mammographie dans les 12 à 36 mois précédant le début du traitement (âgées de 50 à 74 ans au début du traitement). Ce taux est inférieur à celui observé pour les autres patientes (316,5 pour 1 000).

Au sein des quatre régions, en Centre-Val de Loire et en Occitanie, on observe également un recours moindre au dépistage pour les PSH comparé aux autres patientes (respectivement 171,6 *vs* 334,4 pour 1 000 et 208,4 *vs* 303,8 pour 1 000) (graphique 1).

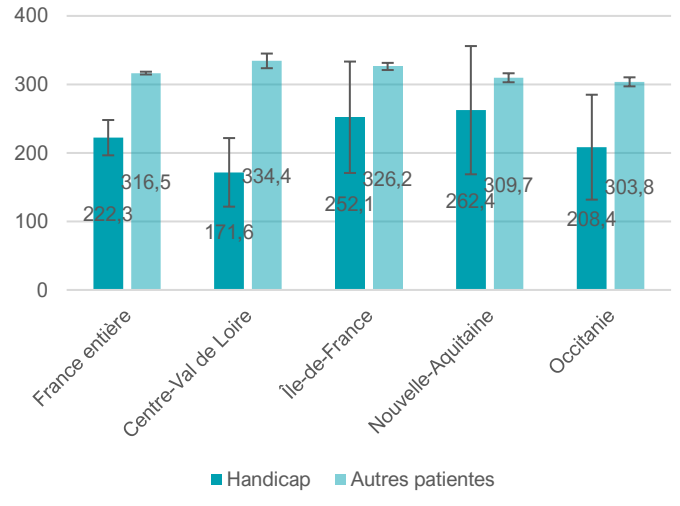
Il est en de même pour le recours à une biopsie dans l'année avant le début du traitement également inférieur chez les patientes de la cohorte Cancer du sein en situation de handicap. En France, le taux standardisé de recours à une biopsie dans l'année avant le début de traitement pour un cancer du sein pour les PSH est de 853,8 pour 1 000. Ce taux est inférieur à celui observé pour les autres (918,9 pour 1 000) (graphique 2).

Ce constat est également observé en Nouvelle-Aquitaine où le taux standardisé de recours à une biopsie est de 807,0 pour 1 000 patientes de la cohorte Cancer du sein en situation de handicap, contre 931,0 pour les autres patientes.

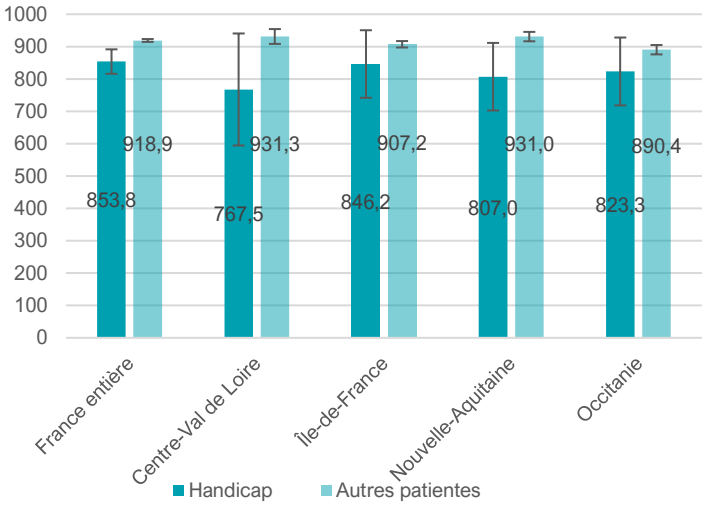
Cancer du côlon-rectum

En France entière et chez les patients âgés de 52 à 76 ans au début du traitement, le taux standardisé de recours au dépistage du cancer colorectal (dans les 30 mois précédents) pour les PSH est de 105,5 pour 1 000 *versus* 161,2 pour les autres patients, indépendamment de la structure par âge. Ainsi le recours au dépistage est significativement inférieur chez les PSH, à l'instar de ce qui est observé dans les régions Île-de-France et Occitanie. En Nouvelle-Aquitaine, on constate également un moindre recours au dépistage pour les PSH, mais le léger chevauchement des intervalles de confiance des taux standardisés pour les deux groupes de patients ne nous permet pas de conclure que cette différence est statistiquement significative (avec un niveau de confiance de 95 %) (graphique 3).

Graphique 1. Cancer du sein : **Mammographie dans les 12 à 36 mois précédents le début du traitement (chez les 50-74 ans)***

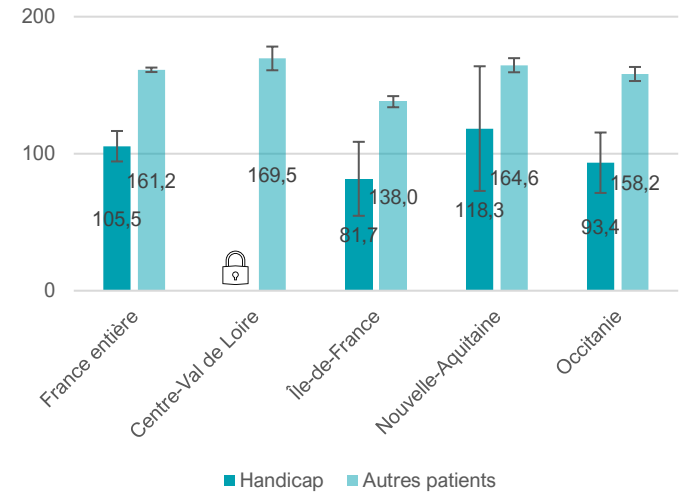


Graphique 2. Cancer du sein : **Biopsie dans les 12 derniers mois avant le début du traitement***



* Taux standardisés pour 1 000 bénéficiaires (IC 95%) – Période 2018-2022
Source : SNDS – Exploitation : Fnors – ORS
Attention à l'interprétation des graphiques : les échelles des axes des ordonnées varient d'un indicateur à l'autre.

Graphique 3. Cancer du côlon-rectum : **Dépistage dans les 30 mois (chez les 52-76 ans au début du traitement)***



Taux non diffusable en raison des faibles effectifs observés (indicateur non robuste)

* Taux standardisés pour 1 000 bénéficiaires (IC 95%) – Période 2018-2022
Source : SNDS – Exploitation : Fnors – ORS
Attention à l'interprétation des graphiques : les échelles des axes des ordonnées varient d'un indicateur à l'autre.

3. Diagnostic

Cancer du sein

En France entière, 810,5 patientes de la cohorte Cancer du sein en situation de handicap pour 1 000 présentent un cancer diagnostiqué comme in situ ou invasif localisé. Ce taux est significativement inférieur à celui observé pour les autres patientes (850,1 pour 1 000). À l'inverse, pour ce qui est des diagnostics de cancer de niveau de gravité élevé (invasif avec envahissement ganglionnaire ou métastatique synchrone), le taux standardisé chez les PSH (189,5 pour 1 000) est supérieur à celui des autres patientes (149,9 pour 1 000).

Toutefois, ces différences observées au niveau national ne sont pas retrouvées au niveau des quatre régions (graphiques 4 et 5).

Cancer du côlon-rectum

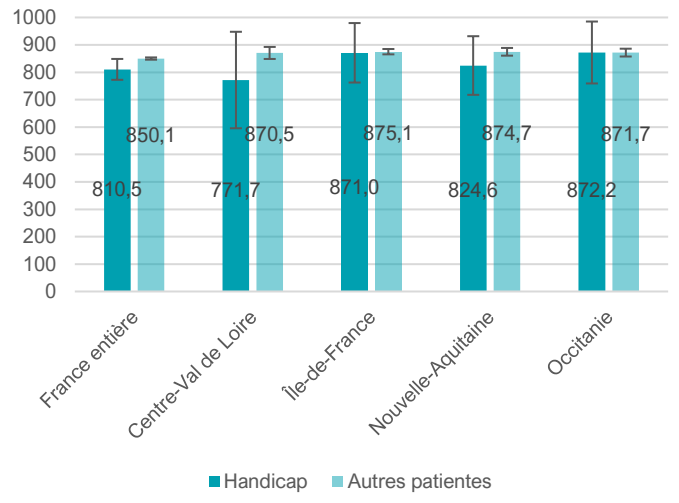
En France entière, 316,1 patients atteints d'un cancer colorectal pour 1 000 sont diagnostiqués avec métastases synchrones chez les PSH contre 302,2 chez les autres patients. Au niveau national comme régional, les taux standardisés de patients présentant ce facteur de gravité du cancer au diagnostic, ne sont pas significativement différents entre les deux groupes (graphique 6)

Le taux de patients ayant bénéficié d'un bilan de diagnostic et d'extension complet avant le premier traitement est significativement inférieur chez les PSH comparé aux autres patients : respectivement 358,9 pour 1 000 contre 464,9. À l'échelle régionale, les taux ne sont pas diffusables chez les PSH en raison des faibles effectifs observés, hormis pour l'Île-de-France où la différence observée ne se montre pas significative (graphique 7).

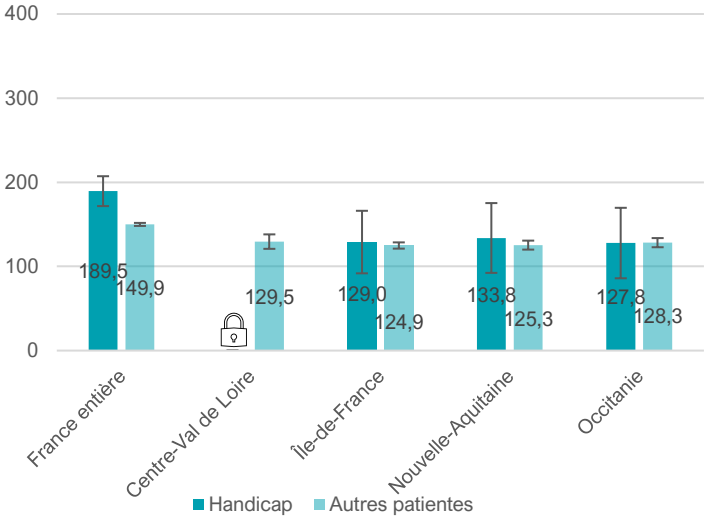
Cancer du pancréas

En France entière, 462,2 patients atteints d'un cancer du pancréas pour 1 000 sont diagnostiqués avec métastases synchrones chez les PSH contre 467,7 chez les autres patients. Au niveau national comme régional, les taux standardisés de patients présentant ce facteur de gravité du cancer au diagnostic, ne sont pas significativement différents entre les deux groupes (graphique 8).

Graphique 4. Cancer du sein : **Cancer diagnostiqué in situ ou invasif localisé***

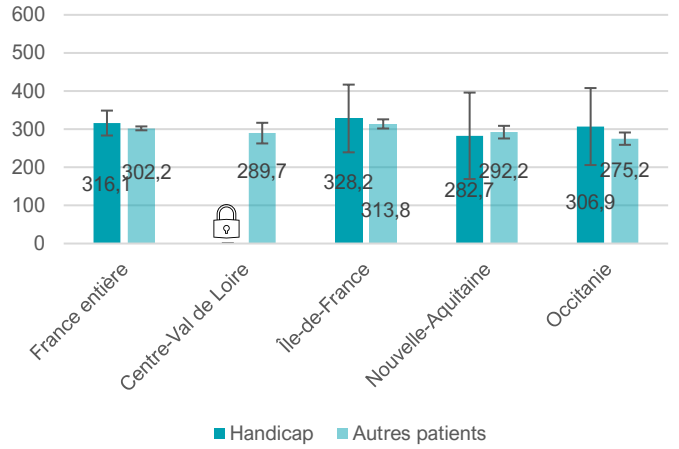


Graphique 5. Cancer du sein : **Cancer diagnostiqué invasif avec envahissement ganglionnaire/métastatique synchrone***



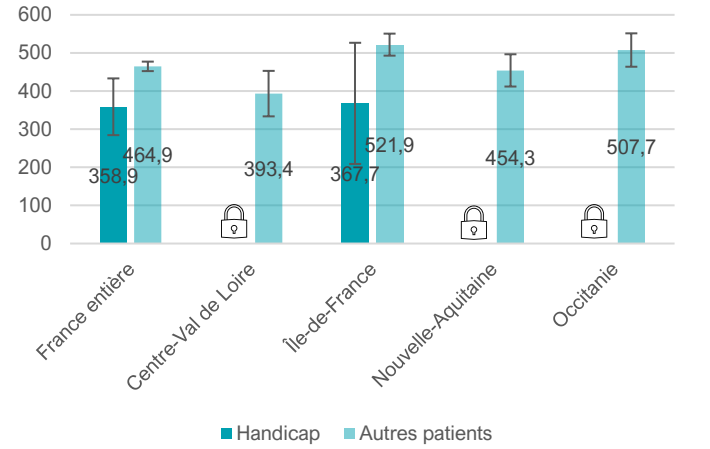
Taux non diffusable en raison des faibles effectifs observés (indicateur non robuste)

Graphique 6. Cancer du côlon-rectum : **Cancer diagnostiqué avec métastases synchrones***



Taux non diffusable en raison des faibles effectifs observés (indicateur non robuste)

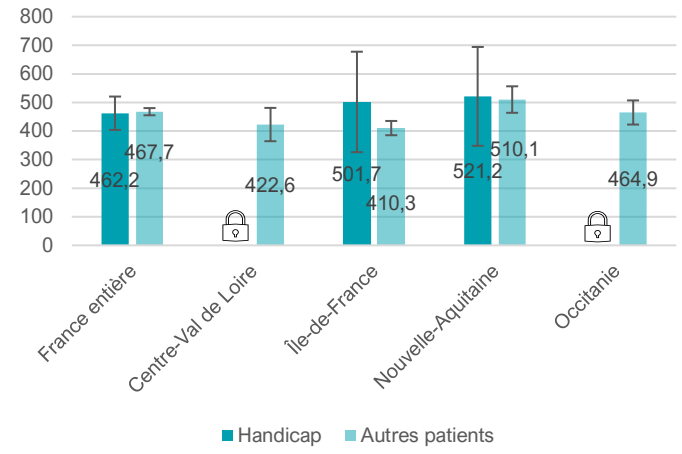
Graphique 7. Cancer du côlon-rectum : **Bilan de diagnostic et d'extension complet avant 1er traitement, IQSSA côlon***



Taux non diffusable en raison des faibles effectifs observés (indicateur non robuste)

* Taux standardisés pour 1 000 bénéficiaires (IC 95%) – Période 2018-2022
Source : SNDS – Exploitation : Fnors – ORS
Attention à l'interprétation des graphiques : les échelles des axes des ordonnées varient d'un indicateur à l'autre.

Graphique 8. Cancer du pancréas : **Patients avec un niveau de gravité au diagnostic élevé (métastase synchrone)***



Taux non diffusable en raison des faibles effectifs observés (indicateur non robuste)

* Taux standardisés pour 1 000 bénéficiaires (IC 95%) – Période 2018-2022
Source : SNDS – Exploitation : Fnors – ORS
Attention à l'interprétation des graphiques : les échelles des axes des ordonnées varient d'un indicateur à l'autre.

4.Traitement

Cancer du sein

En France entière, 640,3 patientes de la cohorte Cancer du sein en situation de handicap pour 1 000 ont reçu un premier traitement, une hormonothérapie. Ce taux est inférieur à celui des autres patientes (679,3 pour 1 000). Concernant les quatre régions d'étude, aucune différence significative est observée selon le groupe de patientes (graphique 9).

Le recours à la chirurgie conservatrice au cours de la première année de traitement est moins fréquent chez les patientes de la cohorte Cancer du sein en situation de handicap (PSH).
En France entière, le taux standardisé de patientes ayant subi une chirurgie conservatrice indique un recours à ce type de traitement au cours de la première année moins fréquent chez les PSH (572,5 pour 1 000) par rapport aux autres patientes (700,1 pour 1 000). Ce même constat est observé dans les quatre régions Île-de-France (547,7 *vs* 667,3 pour 1 000), Centre-Val de Loire (528,8 *vs* 694,8 pour 1 000), Nouvelle-Aquitaine (614,9 *vs* 736,4 pour 1 000) et Occitanie (632,6 *vs* 728,7 pour 1 000) (graphique 10).

La radiothérapie est moins répandue chez les patientes de la cohorte Cancer du sein en situation de handicap (PSH). À ce titre, 701,2 pour 1 000 ont reçu ce traitement au cours de la première année suivant le diagnostic, contre 804,6 pour 1 000 des autres patientes. Ce même constat est observé dans les trois régions Île-de-France (677,8 *vs* 782,1 pour 1 000), Nouvelle-Aquitaine (679,2 *vs* 811,1 pour 1 000) et Occitanie (702,6 *vs* 812,2 pour 1 000) (graphique 11).

Le recours à la chimiothérapie est identique chez les patientes de la cohorte Cancer du sein en situation de handicap à celui des autres patientes, tant au niveau national que dans les quatre régions d'étude (graphique 12).

En revanche, le recours à la mastectomie totale est plus fréquent chez les patientes de la cohorte Cancer du sein en situation de handicap. En France entière, le taux standardisé de

PRÉCISIONS

Classement des traitements du cancer du sein, du moins agressif au plus agressif selon les thérapies mises en œuvre. Ce classement est général et peut varier en fonction des spécificités de chaque cas, des préférences du patient et des recommandations médicales :

1. Hormonothérapie : Ce traitement est considéré comme le moins agressif, car il repose sur la prise de médicaments pour bloquer les hormones qui stimulent la croissance des cellules cancéreuses ;

2. Chirurgie conservatrice : Cette chirurgie vise à enlever la tumeur et une petite marge de tissu sain autour, préservant ainsi la majeure partie du sein ;

3. Radiothérapie : Ce traitement utilise des rayonnements pour cibler et détruire les cellules cancéreuses ;

4. Chimiothérapie : Ce traitement utilise des médicaments puissants pour détruire les cellules cancéreuses dans tout le corps. La chimiothérapie est souvent utilisée pour traiter des cancers plus avancés ou agressifs ;

5. Mastectomie totale : C'est le traitement considéré le plus agressif, car il consiste à l'ablation complète du sein. C'est une intervention chirurgicale majeure avec des implications physiques et émotionnelles importantes.

Sources : Ameli, Fondation Arc et Institut national du Cancer

patientes ayant subi une mastectomie totale au cours de la première année de traitement est plus élevé chez les PSH (312,7 pour 1 000) que celui observé pour les autres patientes (267,6 pour 1 000) (graphique 13).
En revanche, les quatre régions d'étude ne présentent pas de différence significative selon le groupe de patientes.

Cancer du côlon-rectum

En France entière, les taux standardisés de patients ayant subi une exérèse endoscopique seule indiquent un moindre recours à ce type de traitement au cours de la première année chez les PSH par rapport aux autres patients : respectivement 171,8 pour 1 000 contre 192,0, une différence toutefois non significative. Cette même tendance est observée dans les régions Île-de-France, Nouvelle-Aquitaine et Occitanie, mais seule cette dernière révèle une différence significative entre les deux groupes de patients (graphique 14).

Les taux standardisés de patients ayant subi une chirurgie carcinologique seule indiquent davantage de recours à ce type de traitement au cours de la première année chez les PSH par rapport aux autres patients : respectivement 304,4 pour 1 000 contre 258,5. Cette différence se montre significative au niveau national mais pas à l'échelle des régions (graphique 15).

Les PSH sont significativement moins nombreuses à avoir reçu un traitement néoadjuvant suivi d'une chirurgie carcinologique au cours de la première année que les autres patients : respectivement 130,0 pour 1 000 contre 154,5. Ce même constat est encore plus net en Île-de-France. On observe une tendance inverse en Nouvelle-Aquitaine et Occitanie, sans différence statistiquement significative (graphique 16).

De la même manière, les PSH sont significativement moins nombreuses à avoir subi une chirurgie carcinologique suivie d'un traitement adjuvant au cours de la première année que les autres patients : respectivement 197,3 pour 1 000 contre 229,2. La même tendance est retrouvée à l'échelle des régions, sans laisser apparaître de différence significative (graphique 17).

Au niveau national, le taux standardisé de patients avec chimiothérapie et/ou radiothérapie sans chirurgie est significativement plus élevé chez les PSH que chez les autres patients : 196,2 pour 1 000 contre 165,1. Un constat similaire peut être fait pour les régions Île-de-France et Occitanie, sans toutefois montrer de différence significative, tandis qu'en Nouvelle-Aquitaine, les taux sont comparables entre les deux groupes de patients (graphique 18).

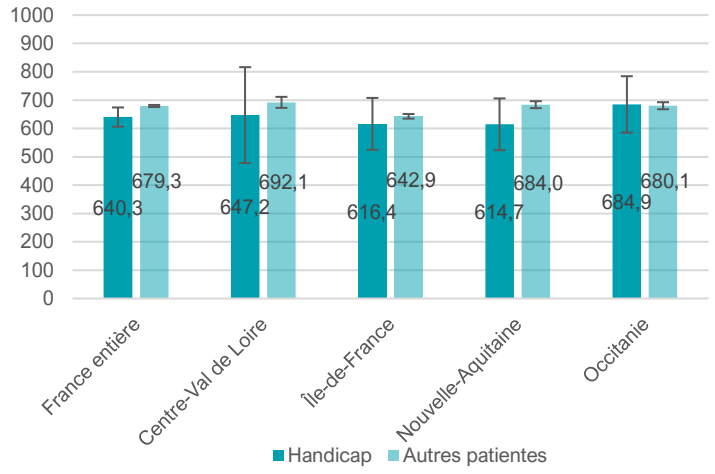
Concernant les patients atteints d'un cancer colorectal invasif uniquement, les taux standardisés obtenus en France montrent que les PSH sont significativement moins nombreux à avoir eu un parcours chirurgical non urgent que les autres patients : respectivement 498,7 contre 607,7 pour 1 000. Si ce constat est identique pour chacune des régions, seul l'écart observé en Île-de-France se révèle statistiquement significatif (graphique 19).

Toujours pour le cancer colorectal invasif, 325,7 patients pour 1 000 ont suivi un parcours non chirurgical chez les PSH contre 292,2 chez les autres patients. Toutefois, cette différence observée au niveau national n'est pas significative, tout comme celles retrouvées au niveau régional (graphique 20).

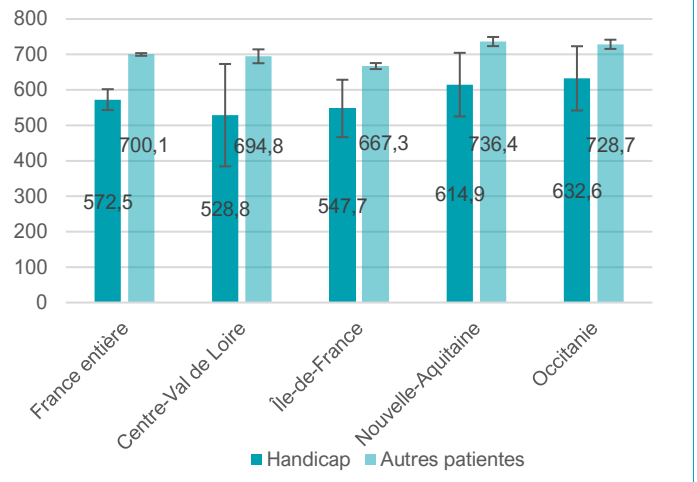
Cancer du pancréas

Le taux de patients n'ayant eu ni chirurgie ni chimiothérapie est significativement supérieur chez les PSH comparé aux autres patients : 463,8 pour 1 000 contre 256,8. Cet écart s'observe aussi nettement en Nouvelle-Aquitaine et en Île-de-France, sans toutefois révéler de différence significative pour cette dernière région (graphique 21).

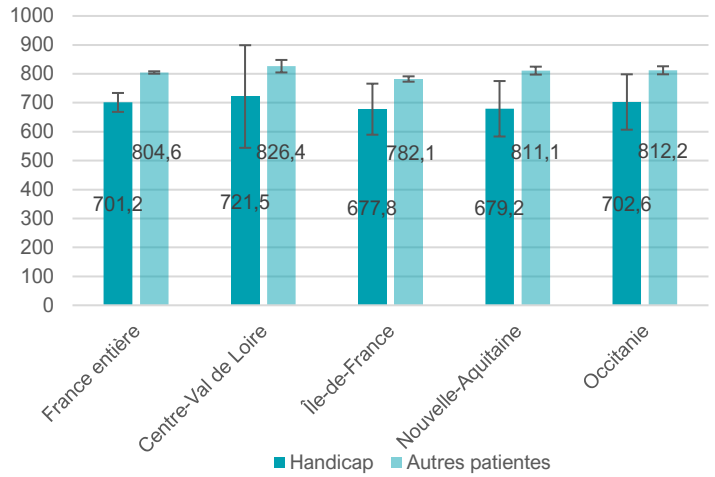
Graphique 9. Cancer du sein : **Patientes ayant eu de l'hormonothérapie au cours de la 1ère année suivant le diagnostic***



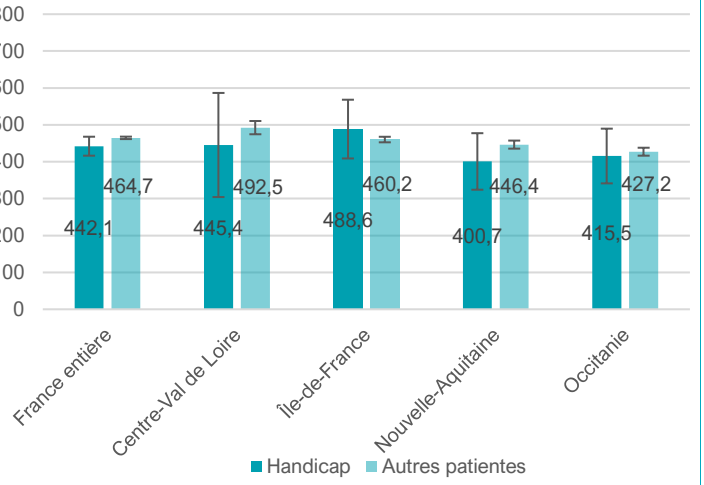
Graphique 10. Cancer du sein : **Patientes ayant eu une chirurgie conservatrice au cours de la 1ère année suivant le diagnostic***



Graphique 11. Cancer du sein : **Patientes ayant eu de la radiothérapie au cours de la 1ère année suivant le diagnostic***

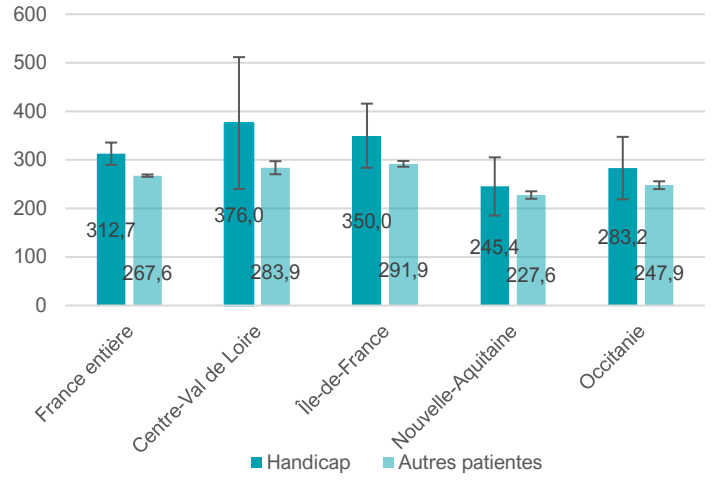


Graphique 12. Cancer du sein : **Patientes ayant eu de la chimiothérapie au cours de la 1ère année suivant le diagnostic***

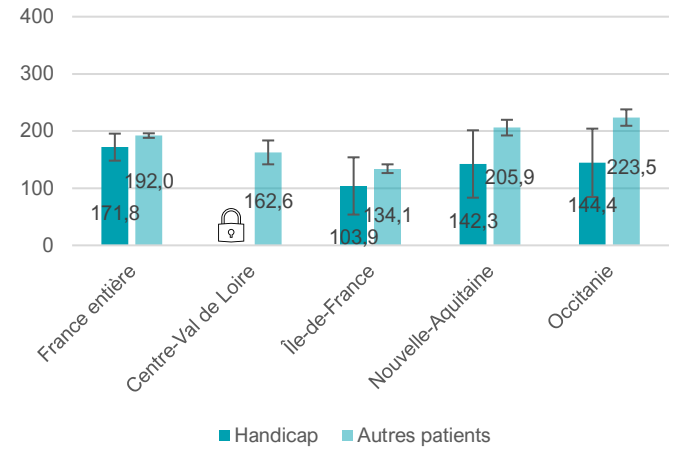


* Taux standardisés pour 1 000 bénéficiaires (IC 95%) – Période 2018-2022
Source : SNDS – Exploitation : Fnors – ORS
Attention à l'interprétation des graphiques : les échelles des axes des ordonnées varient d'un indicateur à l'autre.

Graphique 13. Cancer du sein : **Patientes ayant eu une mastectomie totale au cours de la 1ère année suivant le diagnostic***

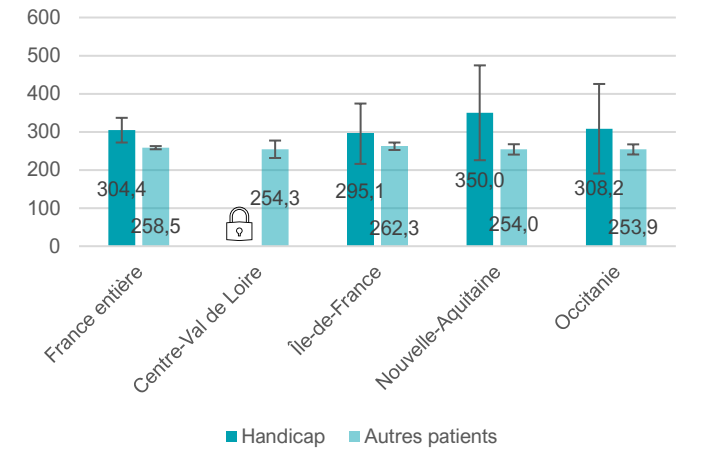


Graphique 14. Cancer du côlon-rectum : **Traitement la 1ère année : exérèse endoscopique seule***



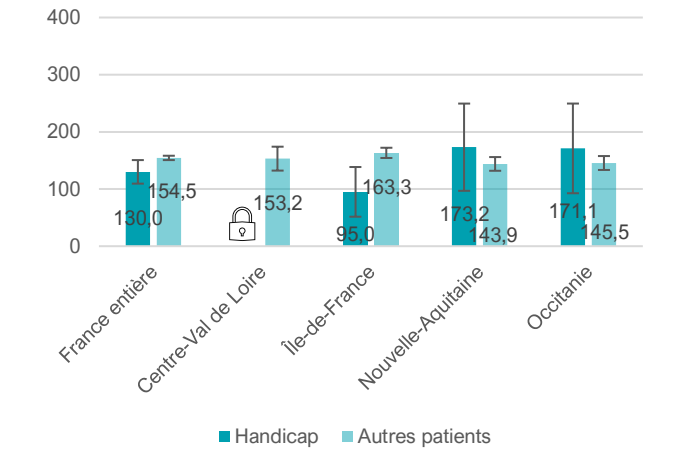
Taux non diffusable en raison des faibles effectifs observés (indicateur non robuste)

Graphique 15. Cancer du côlon-rectum : **Traitement la 1ère année : chirurgie carcinologique seule***



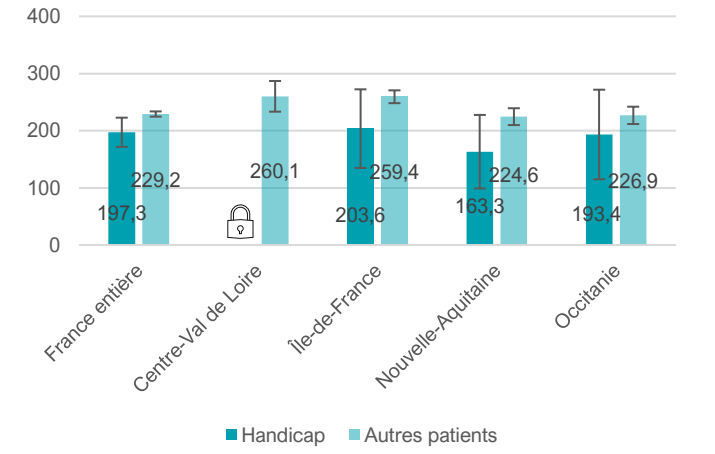
Taux non diffusable en raison des faibles effectifs observés (indicateur non robuste)

Graphique 16. Cancer du côlon-rectum : **Traitement la 1ère année : traitement néoadjuvant suivi d'une chirurgie carcinologique**



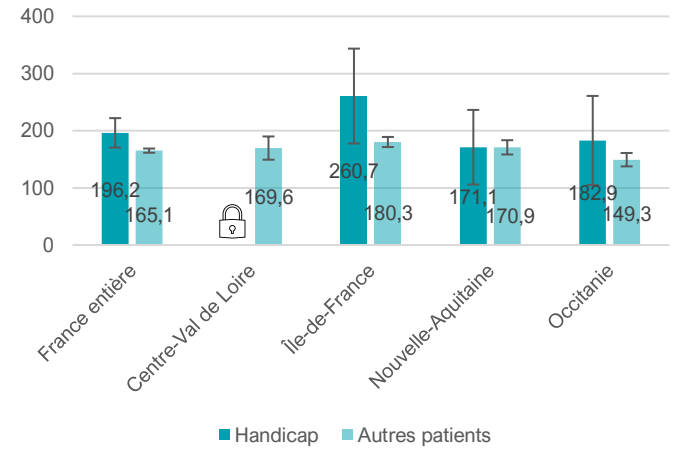
Taux non diffusable en raison des faibles effectifs observés (indicateur non robuste)

Graphique 17. Cancer du côlon-rectum : **Traitement la 1ère année : chirurgie carcinologique suivie d'un traitement adjuvant***



Taux non diffusable en raison des faibles effectifs observés (indicateur non robuste)

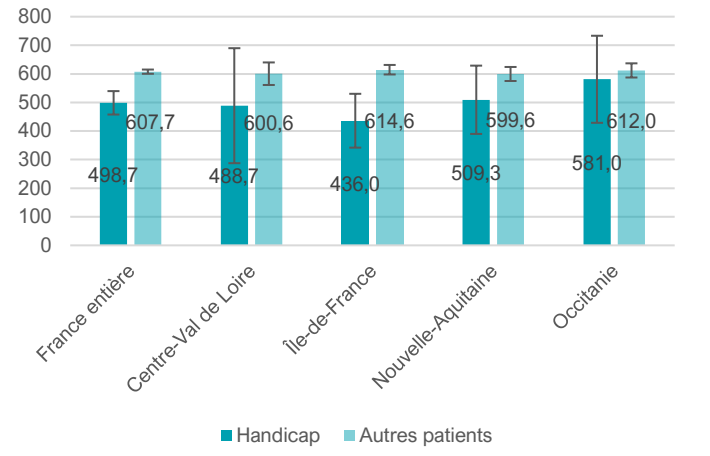
Graphique 18. Cancer du côlon-rectum : **Traitement la 1ère année : chimiothérapie et/ou radiothérapie sans chirurgie***



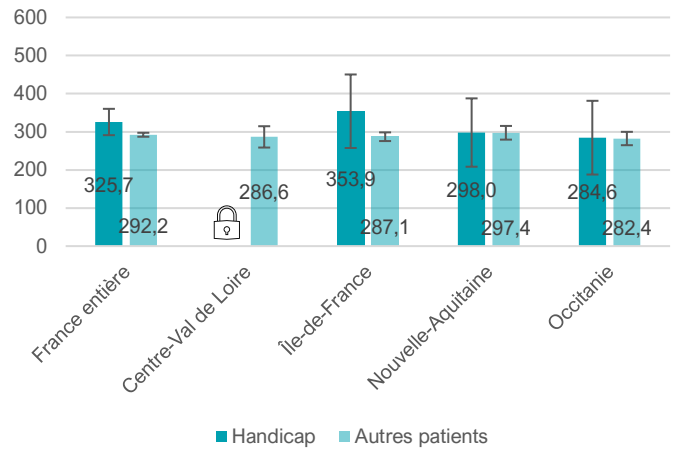
Taux non diffusable en raison des faibles effectifs observés (indicateur non robuste)

* Taux standardisés pour 1 000 bénéficiaires (IC 95%) – Période 2018-2022
Source : SNDS – Exploitation : Fnors – ORS
Attention à l'interprétation des graphiques : les échelles des axes des ordonnées varient d'un indicateur à l'autre.

Graphique 19. Cancer du côlon-rectum : **Parcours chirurgical non urgent (CCR invasif)***

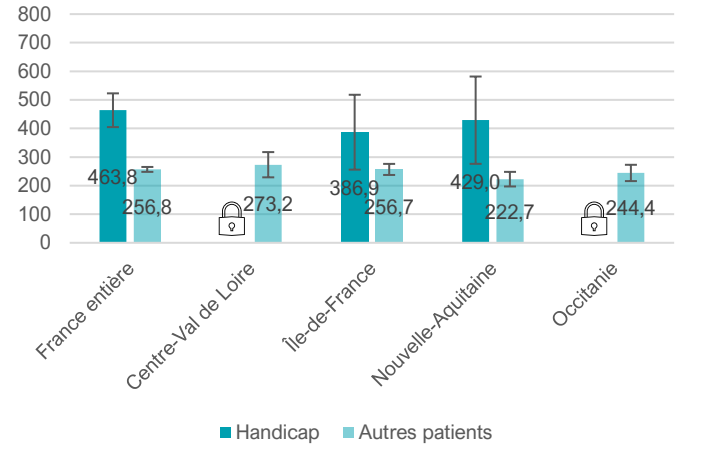


Graphique 20. Cancer du côlon-rectum : **Parcours non chirurgical (CCR invasif)***



Taux non diffusable en raison des faibles effectifs observés (indicateur non robuste)

Graphique 21. Cancer du pancréas : **Patients n'ayant eu ni chirurgie ni chimiothérapie (pas de traitement)***



Taux non diffusable en raison des faibles effectifs observés (indicateur non robuste)

* Taux standardisés pour 1 000 bénéficiaires (IC 95%) – Période 2018-2022
Source : SNDS – Exploitation : Fnors – ORS
Attention à l'interprétation des graphiques : les échelles des axes des ordonnées varient d'un indicateur à l'autre.

5. Devenir

Cancer du sein

Le recours à une reconstruction mammaire après mastectomie totale ou partielle (dans les 3 ans après) est moins fréquent chez les patientes de la cohorte Cancer du sein en situation de handicap.
En France entière, le taux standardisé de patientes ayant bénéficié d'une reconstruction mammaire après mastectomie totale ou partielle (dans les 3 ans après) indique un recours moins fréquent chez les PSH (213,3 pour 1 000) par rapport aux autres patientes (367,7 pour 1 000). Ce même constat est observé dans trois régions d'étude : Île-de-France (190,7 *vs* 399,3 pour 1 000), Nouvelle-Aquitaine (199,2 *vs* 400,5 pour 1 000) et Occitanie (231,8 *vs* 355,0 pour 1 000) (graphique 22).

Un taux de survie à 3 ans après le début du traitement inférieur chez les patientes de la cohorte Cancer du sein en situation de handicap. En effet, plus de 692 patientes en situation de handicap pour 1 000 sont en vie à 3 ans après le début du traitement (avant le 1er juillet 2020), sans rechute, ni apparition de métastases, ni reprise de

traitement, taux qui reste inférieur à celui des autres patientes (823,2 pour 1 000). De même, en Île-de-France, le taux standardisé de patientes en situation de handicap pour 1 000 en vie à 3 ans après le début du traitement (avant le 1er juillet 2020) est inférieur (657,3 pour 1 000) à celui observé pour les autres patientes (816,9 pour 1 000) (graphique 23).

Le taux standardisé de patientes de la cohorte Cancer du sein en situation de handicap avec apparition de métastases au cours des 3 premières années de traitement (patientes avec une date de premier traitement antérieur au 1er juillet 2020) est plus élevé que celui observé pour les autres patientes au niveau national. En effet, ce taux est quasiment deux fois plus élevé chez les patientes PSH (146,3 pour 1 000) que chez les autres patientes (76,4 pour 1 000). Cependant, au niveau des quatre régions d'étude, les taux ne sont pas diffusables chez les personnes en situation de handicap en raison des faibles effectifs observés (indicateur non robuste).

En France entière, 189,0 patientes de la cohorte Cancer du sein en situation de handicap pour 1 000 sont décédées au cours des 3 premières années de traitement (patientes avec une date de premier traitement antérieur au 1er juillet 2020). Ce taux est 2,7 fois plus élevé chez les patientes PSH (189,0 pour 1 000) que chez les autres patientes (70,4 pour 1 000). Cependant, au niveau des quatre régions d'étude, les taux ne sont pas diffusables chez les personnes en situation de handicap en raison des faibles effectifs observés (indicateur non robuste).

Cancer du côlon-rectum

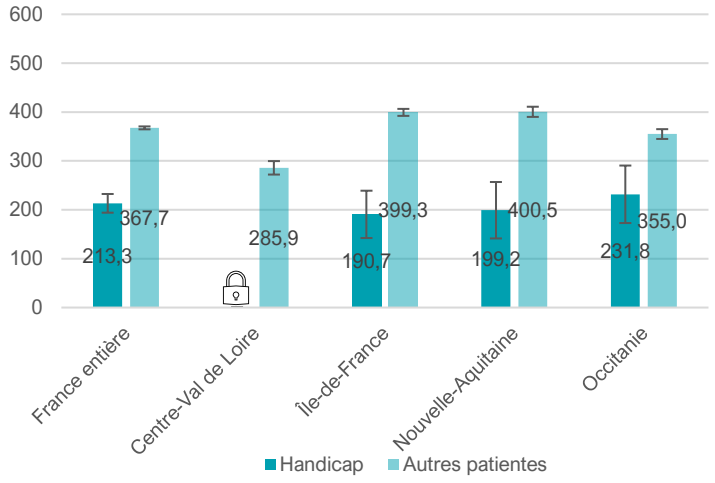
En France entière, le taux standardisé de patients décédés au cours de la première année de traitement est significativement plus élevé pour les PSH que pour les autres patients : respectivement 156,1 contre 82,6 pour 1 000. Cet écart s'observe aussi nettement dans les régions Île-de-France et Occitanie, sans toutefois révéler de différence significative entre les deux groupes de patients (graphique 24)

Pour finir, les taux nationaux montrent que les PSH sont significativement moins nombreuses à être en vie à 3 ans sans rechute, ni métastases, comparés aux autres patients : 591,2 pour 1 000 contre 758,9. Un constat similaire peut être fait au niveau des régions, mais seule l'Occitanie affiche un écart statistiquement significatif (graphique 25).

Cancer du pancréas

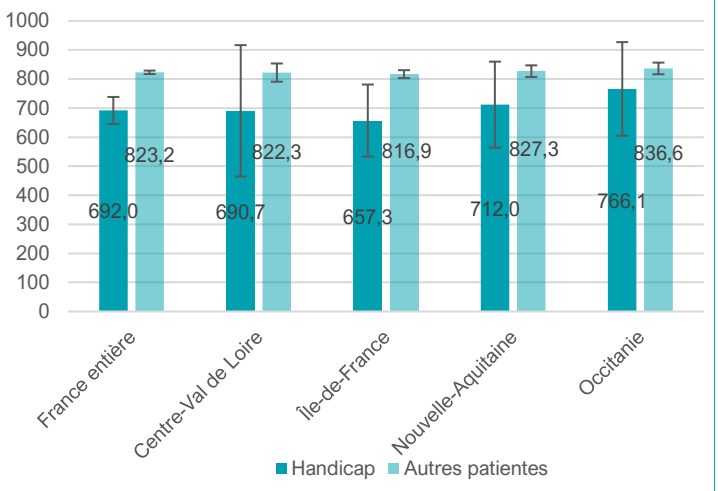
Pour finir, les taux nationaux montrent que les PSH sont significativement plus nombreuses à être décédées dans les 3 mois suivant le diagnostic, comparés aux autres patients : 320,9 pour 1 000 contre 194,6 respectivement. Un constat similaire peut être fait au niveau des régions Île-de-France et Nouvelle-Aquitaine, mais les résultats ne permettent pas de conclure à une différence statistiquement significative (graphique 26).

Graphique 22. Cancer du sein : **Patientes ayant eu une reconstruction mammaire après mastectomie totale ou partielle (dans les 3 ans après)***

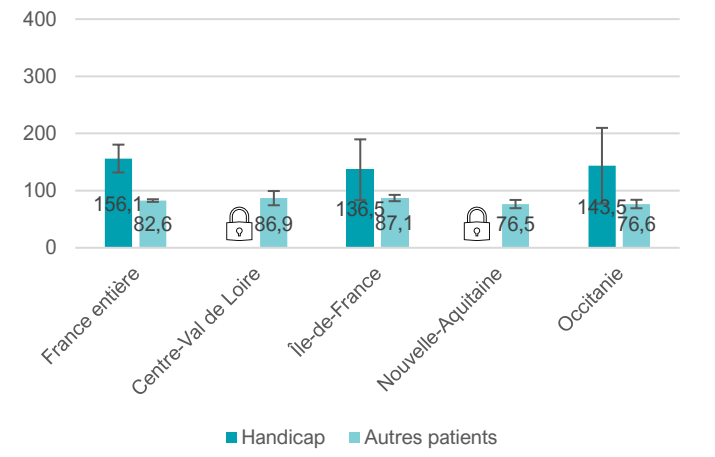


Taux non diffusable en raison des faibles effectifs observés (indicateur non robuste)

Graphique 23. Cancer du sein : Patientes en vie dans les 3 ans après leur 1er traitement (avant le 1er juillet 2020) sans rechute ni métastase*

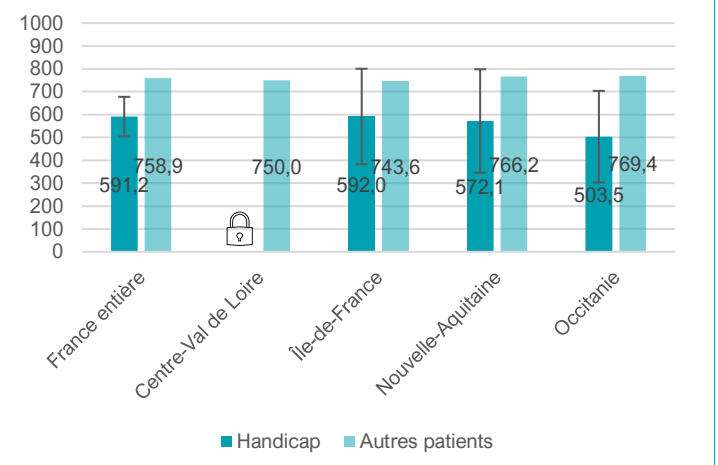


Graphique 24. Cancer du côlon-rectum : **Patients décédés au cours de la 1ère année de traitement***



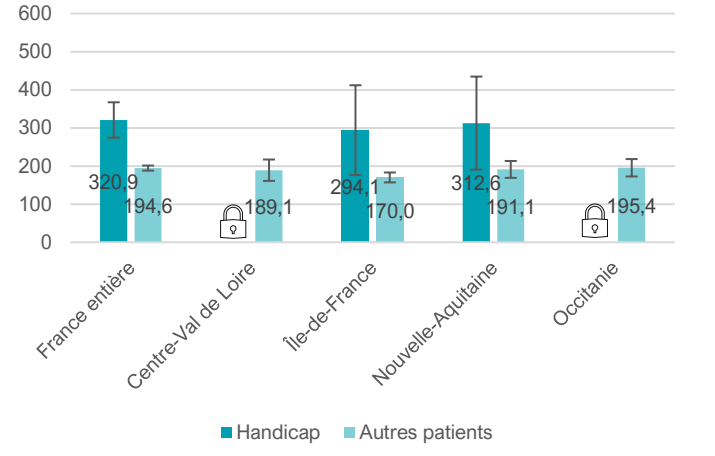
Taux non diffusable en raison des faibles effectifs observés (indicateur non robuste)

Graphique 25. Cancer du côlon-rectum : **Patients en vie à 3 ans sans rechute, ni métastases (cancer invasifs sans métastases synchrones)***



Taux non diffusable en raison des faibles effectifs observés (indicateur non robuste)

Graphique 26. Cancer du pancréas : **Patients décédés dans les 3 mois suivant le diagnostic***



Taux non diffusable en raison des faibles effectifs observés (indicateur non robuste)

* Taux standardisés pour 1 000 bénéficiaires (IC 95%) – Période 2018-2022
Source : SNDS – Exploitation : Fnors – ORS
Attention à l'interprétation des graphiques : les échelles des axes des ordonnées varient d'un indicateur à l'autre.

II- Personnes âgées en établissement

1. Présentation des personnes âgées en établissement

Les tableaux ci-dessous présentent, pour les trois localisations cancéreuses, et pour les quatre régions dans lesquelles l'étude a eu lieu, les cohortes des personnes âgées vivant en établissement.

Cancer du sein

En France entière, sur la période 2018-2022, 288 843 patientes font partie de la cohorte Cancer du sein, dont 57 139 personnes âgées de 75 ans et plus. Parmi elles, 2 639 sont en établissement.

Si l'on regarde au niveau des quatre régions étudiées, les effectifs sont relativement faibles pour les personnes âgées (PA) en établissement.

Tableau 17. Répartition des effectifs de personnes âgées de 75 ans et plus dans la cohorte Cancer du sein par région d'étude

Région	Cohorte Cancer du sein	Dont PA 75 ans et plus	Dont PA 75 ans et plus en établissement
Centre-Val de Loire	11 306	2 404	117
Île-de-France	47 447	8 230	330
Nouvelle-Aquitaine	28 106	5 928	264
Occitanie	26 545	5 557	222

Source SNDS – Exploitation : Fnors – ORS

En France entière, l'âge moyen des femmes âgées de 75 ans et plus vivant en établissement est de 87,7 ans, et l'âge médian de 88 ans. Le constat est globalement le même dans les quatre régions étudiées.

Chez les femmes âgées de 75 ans et plus vivant hors établissement, les âges moyen et médian sont plus faibles en France entière (respectivement 82,0 ans et 81 ans), ainsi qu'au niveau des quatre régions étudiées.

Tableau 18. Distribution des âges de la population de 75 ans et plus de la cohorte Cancer du sein par région d'étude

	France entière		Centre-Val de Loire		Île-de-France		Nouvelle-Aquitaine		Occitanie	
Âge	En étab.	Hors étab.	En étab.	Hors étab.	En étab.	Hors étab.	En étab.	Hors étab.	En étab.	Hors étab.
Min	75	75	75	75	75	75	75	75	75	75
1er quartile	84	78	83	78	84	77	84	78	84	77
Médiane	88	81	88	82	88	81	88	82	88	81
3e quartile	92	86	92	86	92	86	92	86	92	86
Max	106	107	105	101	101	101	99	103	102	102
Moyenne	87,7	82,0	87,6	82,3	87,9	81,9	87,6	82,3	87,7	81,9

Source : SNDS – Exploitation : Fnors – ORS

Cancer du côlon-rectum

En France entière, sur la période 2018-2022, 208 565 patients de 18 ans et plus font partie de la cohorte cancer colorectal dont 66 417 personnes âgées de 75 ans et plus. Parmi elles, 1 486 sont en établissement.

Si l'on regarde au niveau des quatre régions étudiées, les effectifs sont relativement faibles pour les personnes âgées en établissement, notamment en Centre-Val de Loire.

Tableau 19. Répartition des effectifs de personnes âgées de 75 ans et plus dans la cohorte Cancer colorectal par région d'étude

Région	Cohorte Cancer colorectal	Dont PA 75 ans et plus	Dont PA 75 ans et plus en établissement
Centre-Val de Loire	8 148	2 712	48
Île-de-France	27 891	8 323	177
Nouvelle-Aquitaine	22 267	7 491	175
Occitanie	21 031	7 031	116

Source : SNDS – Exploitation : Fnors – ORS

En France entière, parmi les 1 486 personnes âgées de 75 ans et plus vivant en établissement et diagnostiquées ou traitées pour un cancer du côlon-rectum entre 2018 et 2022, 61,6 % sont des femmes et 38,4 % sont des hommes. L'âge moyen de ces personnes est de 83,6 ans, et l'âge médian de 84 ans. Le constat est globalement le même dans les quatre régions étudiées.

Chez les personnes âgées de 75 ans et plus vivant hors établissement (N = 64 931), on retrouve davantage d'hommes (51,8 % contre 48,2 % de femmes) en France entière. Les âges moyen et médian sont là aussi moins élevés que chez les personnes âgées en établissement (respectivement 81,2 ans et 81 ans). Au niveau régional, le constat reste identique.

Tableau 20. Distribution des âges de la population de 75 ans et plus de la cohorte Cancer colorectal par région d'étude

	France entière		Centre-Val de Loire		Île-de-France		Nouvelle-Aquitaine		Occitanie	
Âge	En établ.	Hors établ.	En établ.	Hors établ.	En établ.	Hors établ.	En établ.	Hors établ.	En établ.	Hors établ.
Min	75	75	75	75	75	75	75	75	75	75
1er quartile	81	78	81,5	78	80	78	80	78	81	78
Médiane	84	81	84	81	85	81	84	81	85	81
3e quartile	87	85	86	85	87	85	86	85	87,5	85
Max	89	89	89	89	89	89	89	89	89	89
Moyenne	83,6	81,2	83,5	81,3	83,6	81,2	83	81,3	84,1	81,3

Source : SNDS – Exploitation : Fnors – ORS

Cancer du pancréas

En France entière, sur la période 2018-2022, 79 327 patients de 18 ans et plus font partie de la cohorte Cancer du pancréas dont 36 109 personnes âgées de 75 ans et plus. Parmi elles, 1 874 sont en établissement.

Si l'on regarde au niveau des quatre régions étudiées, les effectifs sont relativement faibles pour les personnes âgées en établissement, notamment en Centre-Val de Loire.

Tableau 21. Répartition des effectifs de personnes âgées de 75 ans et plus dans la cohorte Cancer du pancréas par région d'étude

Région	Cohorte Cancer du pancréas	Dont PA 75 ans et plus	Dont PA 75 ans et plus en établissement
Centre-Val de Loire	3 484	1 570	92
Île-de-France	11 982	5 199	277
Nouvelle-Aquitaine	7 854	3 643	184
Occitanie	7 812	3 530	160

Source : SNDS – Exploitation : Fnors – ORS

En France entière, parmi les 1 874 personnes âgées de 75 ans et plus diagnostiquées ou traités pour un cancer du pancréas entre 2018 et 2022, 71,7 % sont des femmes et 28,3 % sont des hommes. L'âge moyen de ces personnes est de 87,9 ans, et l'âge médian de 88 ans. Le constat est globalement le même dans les quatre régions étudiées.

Chez les personnes âgées de 75 ans et plus hors établissement (N = 34 235), en France entière, 55,3 % sont des femmes et 44,7 % sont des hommes. Les âges moyen et médian sont également moins élevés que ceux des personnes âgées en établissement (respectivement 82,7 ans et 82 ans).

Tableau 22. Distribution des âges de la population de 75 ans et plus de la cohorte Cancer du pancréas par région d'étude

	France entière		Centre-Val de Loire		Île-de-France		Nouvelle-Aquitaine		Occitanie	
Âge (%)	En établ.	Hors établ.	En établ.	Hors établ.	En établ.	Hors établ.	En établ.	Hors établ.	En établ.	Hors établ.
Min	75	75	75	75	75	75	75	75	75	75
1er quartile	84	78	85	78	84	78	84,5	78	84	78
Médiane	88	82	89	82	88	82	88,5	82	89	82
3e quartile	92	87	92,5	87	92	87	92	87	92	86
Max	103	108	101	101	102	102	99	108	99	102
Moyenne	87,5	82,7	88,5	82,7	87,7	82,9	88,3	82,8	88,3	82,6

Source : SNDS – Exploitation : Fnors – ORS

2. Dépistage

Chez les personnes âgées de 75 ans et plus, qu'elles soient en établissement ou non, il n'existe pas d'indicateurs de dépistage. En effet, cette population sort des programmes de dépistage organisé, notamment pour les cancers du sein et du côlon-rectum, ceux-ci ciblant les personnes âgées de 50 à 74 ans.

3. Diagnostic

Cancer du sein

En France, 170,7 patientes pour 1 000 sont atteintes d'un cancer du sein diagnostiqué invasif avec envahissement ganglionnaire/métastatique synchrone chez les PA en établissement contre 172,5 chez les PA hors établissement. Au niveau national comme régional, les taux standardisés de patients présentant ce facteur de gravité du cancer au diagnostic, ne sont pas significativement différents entre les deux groupes (graphique 27).

Pour les cancers du sein diagnostiqués in situ ou invasif localisé, le même constat est observé. Au niveau national comme régional, les différences entre les PA en établissement et les PA hors établissement ne sont pas significatives (graphique 28).

En France, le recours à une biopsie dans les 12 mois avant le début du traitement pour le cancer du sein est significativement inférieur chez les PA en établissement : 726,9 contre 850,3 chez les PA hors établissement. Au niveau régional, cette même tendance est observée mais seules l'Île-de-France et la Nouvelle-Aquitaine révèlent des différences significatives (graphique 29).

Cancer du côlon-rectum

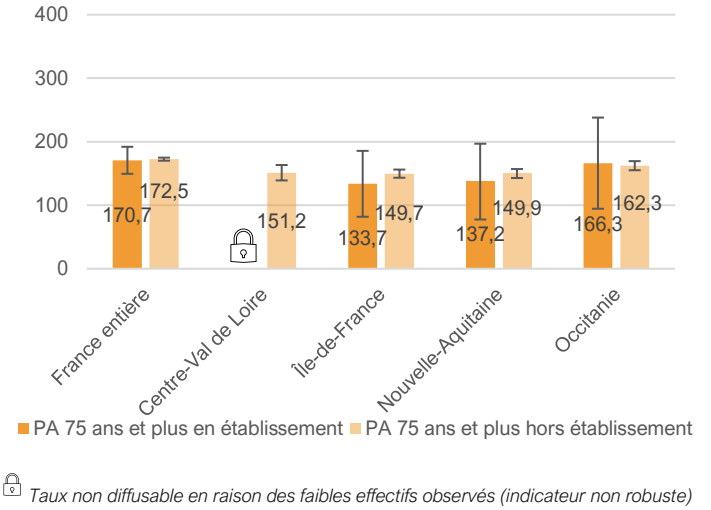
Pour le cancer du côlon-rectum, le taux de patients ayant bénéficié d'un bilan de diagnostic et d'extension complet avant le premier traitement est significativement inférieur chez les PA en établissement comparé aux PA hors établissement : respectivement 334,5 pour 1 000 contre 467,7. À l'échelle régionale, les taux ne sont pas diffusables chez les PA en établissement en raison des faibles effectifs observés, hormis pour l'Île-de-France et l'Occitanie où les différences observées ne se montrent pas significatives (graphique 30).

En France, le taux de patients atteints d'un cancer colorectal diagnostiqué avec métastases synchrones est significativement inférieur chez les PA en établissement comparé aux PA hors établissement : respectivement 209,9 pour 1 000 contre 286,1. Au niveau régional, cette même tendance est observée dans les régions Île-de-France, Nouvelle-Aquitaine et Occitanie, mais seule la Nouvelle-Aquitaine révèle une différence significative entre les deux groupes de patients. En Centre-Val de Loire, le taux n'est pas diffusable chez les PA en établissement en raison d'un faible effectif observé (graphique 31).

Cancer du pancréas

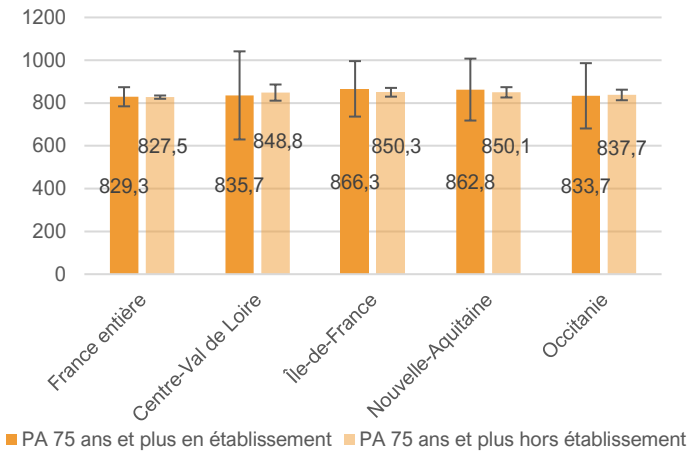
Pour le cancer du pancréas, le même constat est observé. En France, le taux de patients avec un niveau de gravité au diagnostic élevé (métastases synchrones) chez les PA en établissement est de 356,5 pour 1 000, taux significativement inférieur à celui des PA hors établissement (460,3). Au niveau régional, seule l'Occitanie présente une différence significative entre les PA en établissement et hors établissement. En Centre-Val de Loire, le taux n'est pas diffusable chez les PA en établissement en raison d'un faible effectif observé (graphique 32).

Graphique 27. Cancer du sein : **Cancer diagnostiqué invasif avec envahissement ganglionnaire/métastatique synchrone***

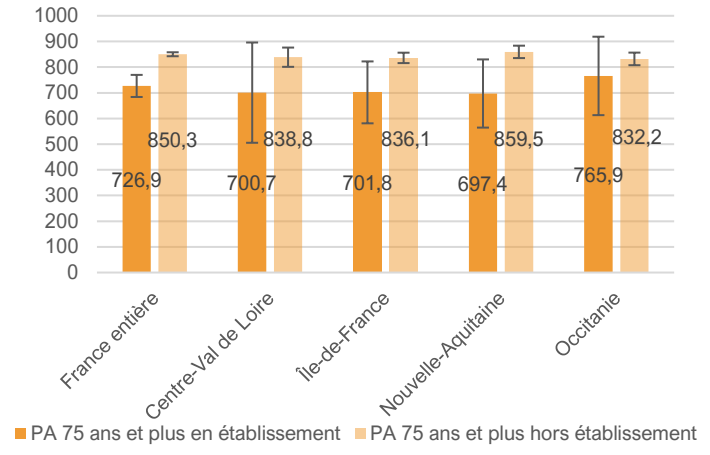


Taux non diffusable en raison des faibles effectifs observés (indicateur non robuste)

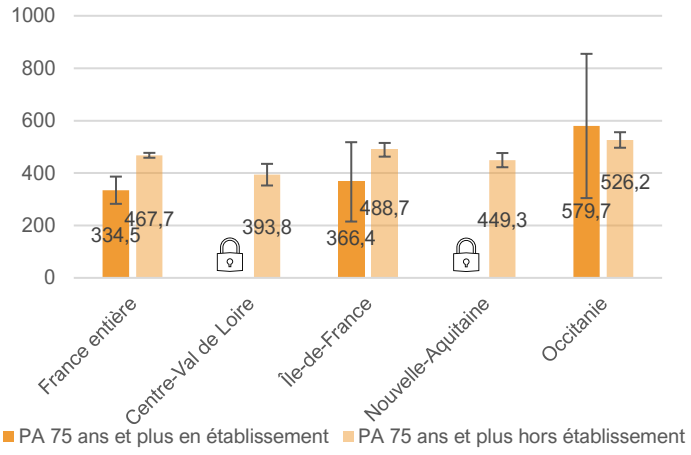
Graphique 28. Cancer du sein : **Cancer diagnostiqué in situ ou invasif localisé***



Graphique 29. Cancer du sein : **Patientes ayant eu une biopsie dans les 12 mois avant le début du traitement***

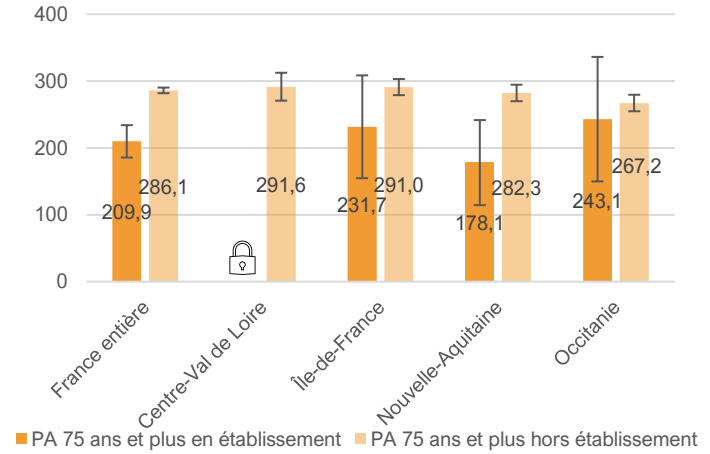


Graphique 30. Cancer du côlon-rectum : **Bilan de diagnostic et d'extension complet avant 1er traitement, IQSSA côlon***



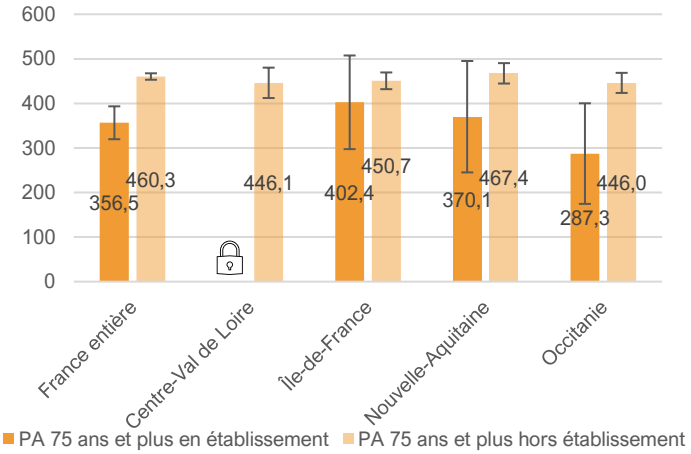
Taux non diffusable en raison des faibles effectifs observés (indicateur non robuste)

Graphique 31. Cancer du côlon-rectum : **Cancer diagnostiqué avec métastases synchrones***



Taux non diffusable en raison des faibles effectifs observés (indicateur non robuste)

Graphique 32. Cancer du pancréas : **Patients avec un niveau de gravité au diagnostic élevé (métastase synchrone)***



Taux non diffusable en raison des faibles effectifs observés (indicateur non robuste)

* Taux standardisés pour 1 000 bénéficiaires (IC 95%) – Période 2018-2022
Source : SNDS – Exploitation : Fnors – ORS
Attention à l'interprétation des graphiques : les échelles des axes des ordonnées varient d'un indicateur à l'autre.

4. Traitement

Cancer du sein

En France, 642,0 patientes pour 1 000 ont reçu de l'hormonothérapie comme 1er traitement contre le cancer du sein chez les personnes âgées en établissement. Ce taux est inférieur à celui observé chez les PA hors établissement (750,1 pour 1 000). Au niveau régional, on observe les mêmes tendances, avec des différences significatives uniquement pour l'Île-de-France et la Nouvelle-Aquitaine (graphique 33).

Le recours à la chirurgie conservatrice au cours de la première année de traitement contre le cancer du sein est également significativement inférieur chez les PA en établissement par rapport aux PA hors établissement : respectivement 199,2 contre 493,5 pour 1 000 au niveau national. Ce constat est observé en Île-de-France, Nouvelle-Aquitaine et Occitanie (graphique 34).

Le traitement par radiothérapie la première année contre le cancer du sein est significativement moins répandu chez les PA en établissement par rapport aux PA hors établissement (respectivement 247,4 patientes pour 1 000 contre 600,9). La même tendance est observée en Île-de-France, Nouvelle-Aquitaine et Occitanie (graphique 35).

Le recours à la mastectomie totale contre le cancer du sein est identique chez les personnes âgées en établissement à celui des PA hors établissement, tant au niveau national que régional (graphique 36).

Cependant, les soins palliatifs pour le cancer du sein sont plus fréquents chez les personnes âgées en établissement par rapport aux personnes âgées hors établissement : 156,9 patientes pour 1 000 contre 78,7 en France. Ce constat est également observé en Île-de-France, Nouvelle-Aquitaine et Occitanie (graphique 37).

Cancer du côlon-rectum

Les taux standardisés de patients ayant subi une chirurgie carcinologique seule indiquent un recours à ce type de traitement au cours de la première année significativement supérieur chez les PA en établissement par rapport aux PA hors établissement : respectivement 659,8 pour 1 000 contre 469,3. Cette différence se montre significative au niveau national et pour trois des régions étudiées (Île-de-France, Nouvelle-Aquitaine et Occitanie). Pour la région Centre-Val de Loire, la tendance est la même, malgré une différence non significative certainement dû à des effectifs réduits (graphique 38).

Les personnes âgées en établissement sont significativement moins nombreuses à avoir eu une chimiothérapie et/ou une radiothérapie sans chirurgie au cours de la première année que les PA hors établissement : respectivement 139,9 pour 1 000 contre 164,8. Au niveau régional, on n'observe pas de différence significative en Île-de-France et Nouvelle-Aquitaine (graphique 39).

Concernant les patients atteints d'un cancer colorectal invasif uniquement, les taux standardisés obtenus en France montrent que les PA en établissement sont significativement moins nombreuses à avoir eu un parcours chirurgical non urgent que les PA hors établissement : respectivement 493,1 pour 1 000 contre 610,6. Si ce constat est identique pour chacune des régions, seul l'écart observé en Nouvelle-Aquitaine est statistiquement significatif (graphique 40).

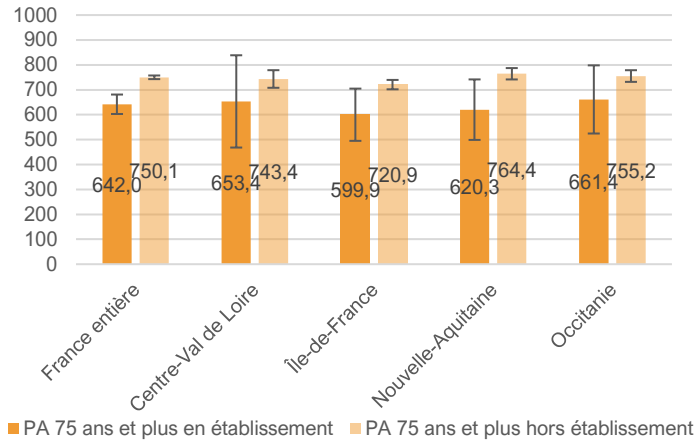
À l'inverse, les personnes âgées en établissement sont significativement plus nombreuses à avoir eu un parcours chirurgical en urgence que les PA hors établissement (pour le cancer colorectal invasif) : respectivement 262,5 pour 1 000 contre 152,5. Ce constat est également retrouvé significativement en Île-de-France, Nouvelle-Aquitaine et Occitanie (graphique 41).

Toujours pour le cancer colorectal invasif, 244,4 patients pour 1 000 ont suivi un parcours non chirurgical chez les PA en établissement contre 236,8 chez les PA hors établissement. Toutefois, cette différence observée au niveau national n'est pas significative, tout comme celles retrouvées au niveau régional (graphique 42).

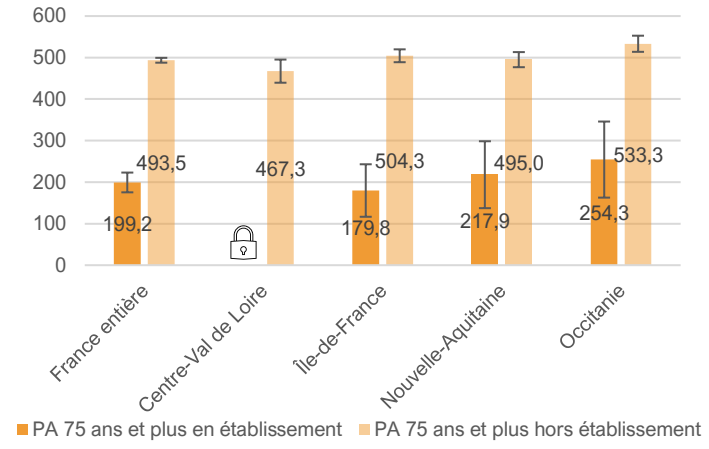
Cancer du pancréas

Tout comme pour le cancer du sein, les PA en établissement sont significativement plus nombreuses à n'avoir eu ni chirurgie ni chimiothérapie (soins palliatifs) contre le cancer du pancréas que les PA hors établissement : respectivement 912,6 pour 1 000 contre 566,5. Ce constat est également retrouvé significativement en Île-de-France, Nouvelle-Aquitaine et Occitanie. La tendance en Centre-Val de Loire est la même, malgré une différence non significative (graphique 43).

Graphique 33. Cancer du sein : **Traitement la 1ère année : hormonothérapie***

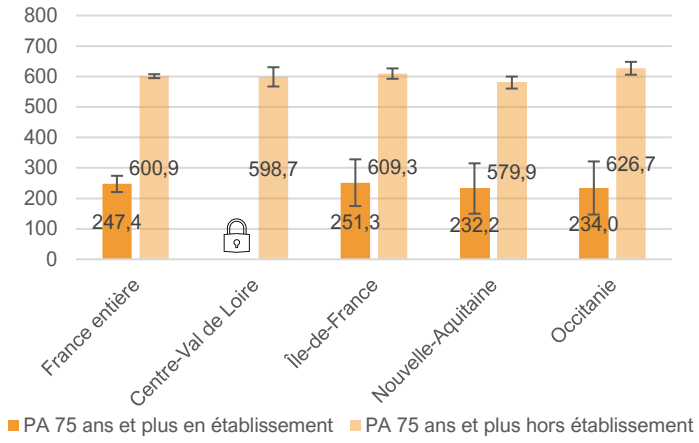


Graphique 34. Cancer du sein : **Traitement la 1ère année : chirurgie conservatrice***



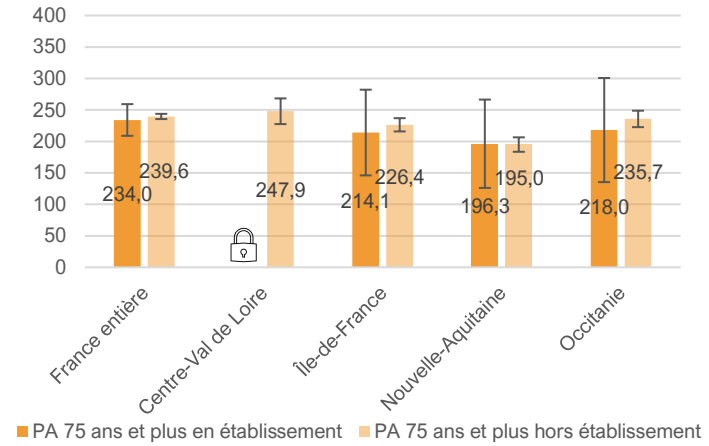
Taux non diffusable en raison des faibles effectifs observés (indicateur non robuste)

Graphique 35. Cancer du sein : **Traitement la 1ère année : radiothérapie***



Taux non diffusable en raison des faibles effectifs observés (indicateur non robuste)

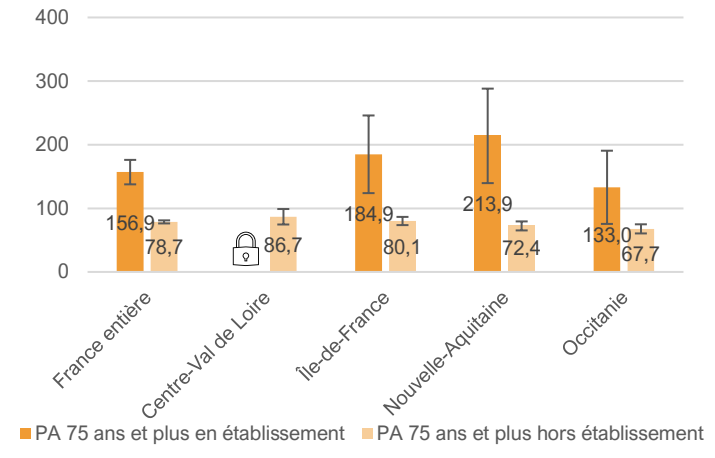
Graphique 36. Cancer du sein : **Traitement la 1ère année : mastectomie totale***



Taux non diffusable en raison des faibles effectifs observés (indicateur non robuste)

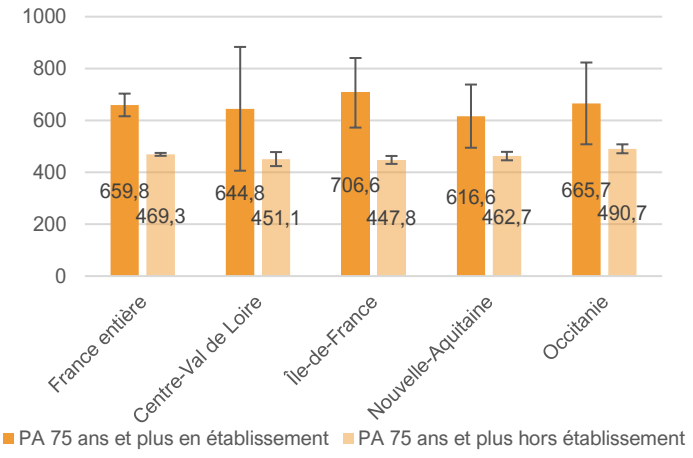
* Taux standardisés pour 1 000 bénéficiaires (IC 95%) – Période 2018-2022
Source : SNDS – Exploitation : Fnors – ORS
Attention à l'interprétation des graphiques : les échelles des axes des ordonnées varient d'un indicateur à l'autre.

Graphique 37. Cancer du sein : **Traitement la 1ère année : soins palliatifs***

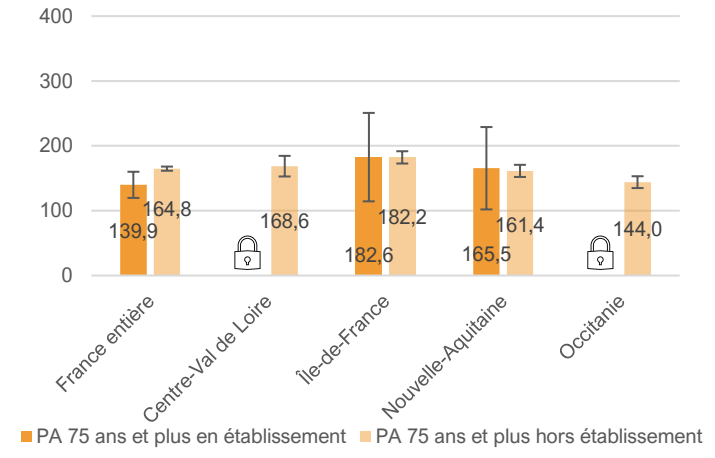


Taux non diffusable en raison des faibles effectifs observés (indicateur non robuste)

Graphique 38. Cancer du côlon-rectum : **Traitement la 1ère année : chirurgie carcinologique seule***

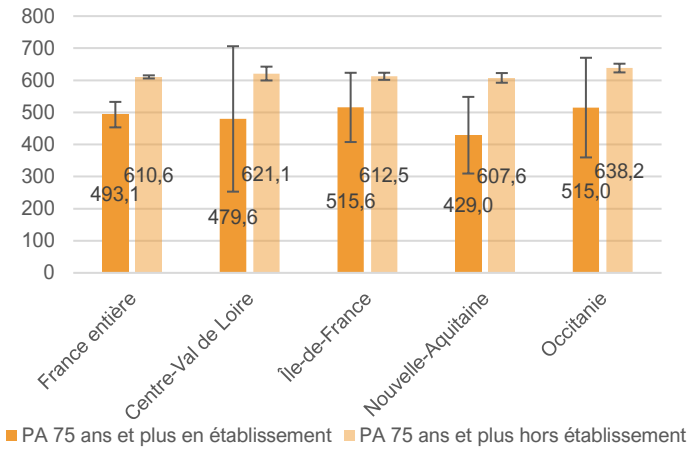


Graphique 39. Cancer du côlon-rectum : **Traitement la 1ère année : chimiothérapie et/ou radiothérapie sans chirurgie***

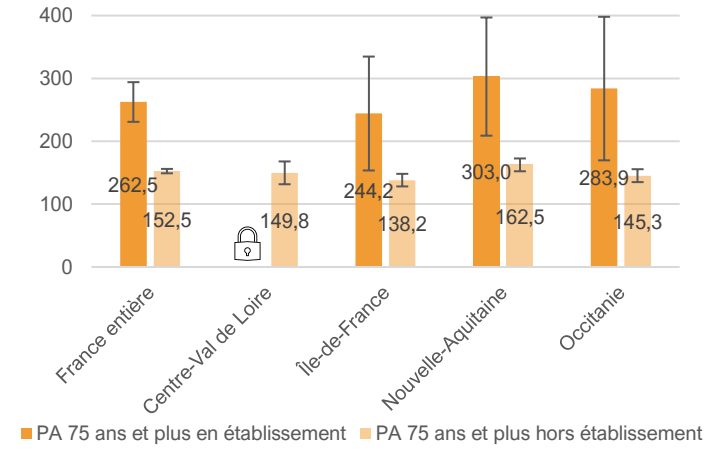


Taux non diffusable en raison des faibles effectifs observés (indicateur non robuste)

Graphique 40. Cancer du côlon-rectum : **Parcours chirurgical non urgent (CCR invasif)***

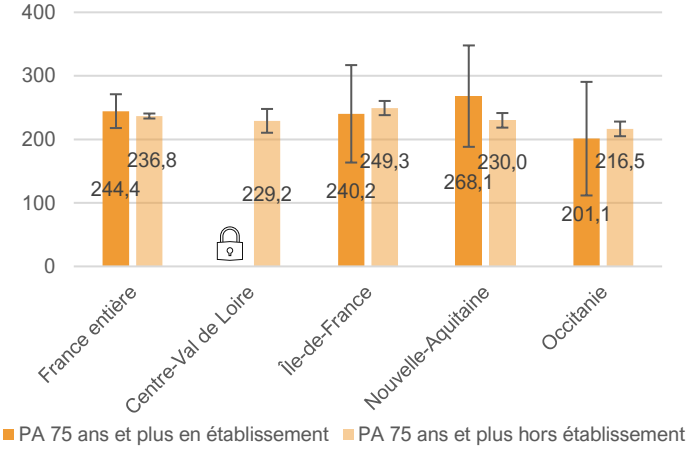


Graphique 41. Cancer du côlon-rectum : **Parcours chirurgical en urgence (CCR invasif)***



Taux non diffusable en raison des faibles effectifs observés (indicateur non robuste)

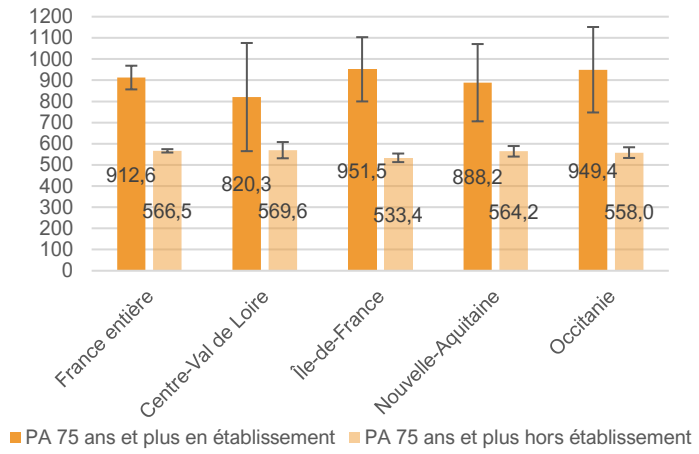
Graphique 42. Cancer du côlon-rectum : **Parcours non chirurgical (CCR invasif)***



Taux non diffusable en raison des faibles effectifs observés (indicateur non robuste)

* Taux standardisés pour 1 000 bénéficiaires (IC 95%) – Période 2018-2022
Source : SNDS – Exploitation : Fnors – ORS
Attention à l'interprétation des graphiques : les échelles des axes des ordonnées varient d'un indicateur à l'autre.

Graphique 43. Cancer du pancréas : **Patients n'ayant eu ni chirurgie ni chimiothérapie (pas de traitement)***



* Taux standardisés pour 1 000 bénéficiaires (IC 95%) – Période 2018-2022
Source : SNDS – Exploitation : Fnors – ORS
Attention à l'interprétation des graphiques : les échelles des axes des ordonnées varient d'un indicateur à l'autre.

5. Devenir

Concernant le devenir des personnes âgées en établissement atteintes d'un cancer, quelle que soit la localisation (sein, côlon-rectum et pancréas), on observe davantage de décès chez ces personnes par rapport aux personnes âgées hors établissement. À noter tout de même que les causes de décès n'ont pas été étudiées, il se peut donc que les décès ne soient pas liés au cancer. On peut également supposer que les personnes âgées en établissement aient un état de santé plus dégradé que les personnes âgées hors établissement, ce qui pourrait également expliquer des décès plus fréquents.

Cancer du sein

En France, 263,1 personnes âgées en établissement pour 1 000 sont décédées au cours de la 1ère année de traitement (hors perdues de vue) contre 97,4 PA hors établissement. Cette différence est significative et est également retrouvée sur l'ensemble des régions étudiées (graphique 44).

Le taux standardisé de patientes décédées au cours des 3 premières années de traitement (patientes avec date de 1er traitement < 1er juillet 2020) est également significativement supérieur chez les PA en établissement : 564,8 pour 1 000 contre 233,0 chez les PA hors établissement. Ce constat est retrouvé en Île-de-France, Nouvelle-Aquitaine et Occitanie (graphique 45).

Le taux de survie à 3 ans est donc inférieur chez les PA en établissement : 369,8 patientes âgées en établissement pour 1 000 sont en vie à 3 ans après le début du traitement (avant le 1er juillet 2020), sans rechute, ni apparition de métastases, ni reprise de traitement, taux qui reste inférieur à celui des patientes âgées hors établissement (684,4 pour 1 000). Cette tendance est également constatée significativement en Île-de-France, Nouvelle-Aquitaine et Occitanie (graphique 46).

Cancer du côlon-rectum

En France, 345,1 personnes âgées en établissement atteintes d'un cancer du côlon-rectum pour 1 000 sont décédées au cours de la 1ère année de traitement contre 187,0 PA hors établissement. Cette différence est significative et est également retrouvée sur l'ensemble des régions étudiées (graphique 47).

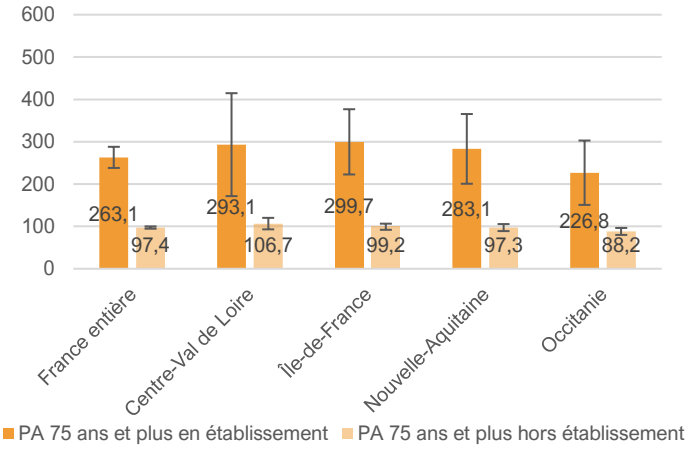
Le taux standardisé de patients décédés au cours des 3 premières années de traitement (patients avec date de 1er traitement < 1er juillet 2020) est également significativement supérieur chez les PA en établissement : 630,7 pour 1 000 contre 393,4 chez les PA hors établissement. Ce constat est retrouvé en Île-de-France et en

Nouvelle-Aquitaine. En Occitanie, la tendance est la même sans que la différence se révèle significative, l'effectif pour les PA en établissement étant relativement faible (graphique 48).

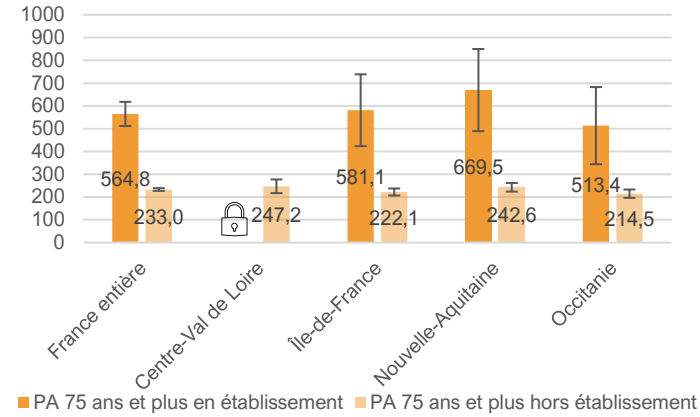
Cancer du pancréas

En France, le taux standardisé de patients décédés au cours des 3 mois suivant le diagnostic est significativement supérieur chez les PA en établissement : 667,1 pour 1 000 contre 424,5 chez les PA hors établissement. Ce constat est retrouvé en Île-de-France, Nouvelle-Aquitaine et en Occitanie. En Centre-Val de Loire, la tendance est la même sans que la différence se révèle significative, l'effectif pour les PA en établissement étant relativement faible (graphique 49).

Graphique 44. Cancer du sein : **Patientes décédées au cours de la 1ère année de traitement (hors perdues de vue)***

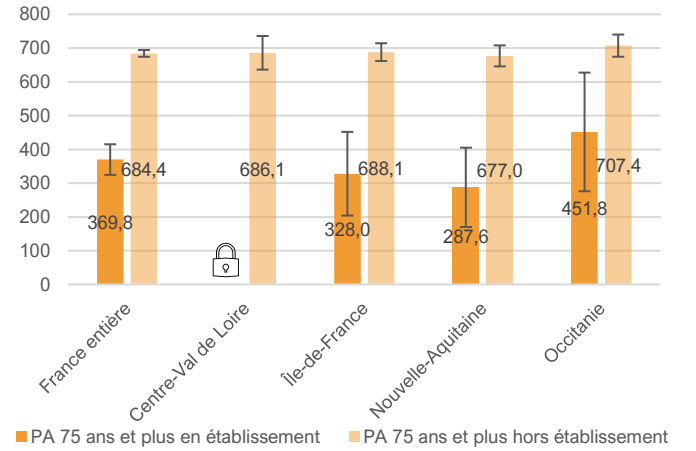


Graphique 45. Cancer du sein : **Patientes décédées au cours des 3 premières années de traitement (patientes avec date de 1er traitement < 1er juillet 2020)***



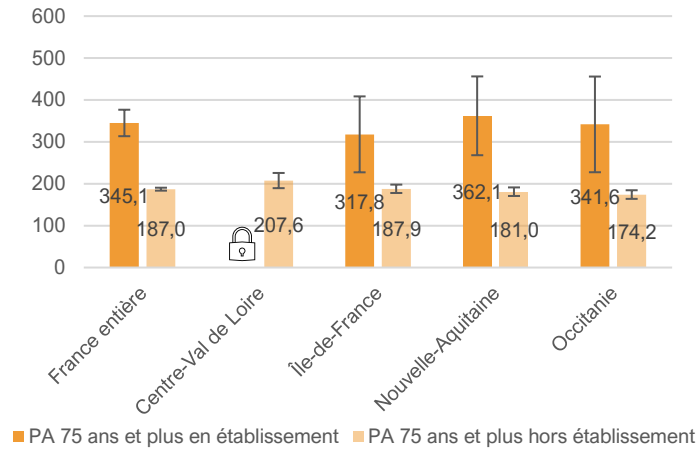
Taux non diffusable en raison des faibles effectifs observés (indicateur non robuste)

Graphique 46. Cancer du sein : **Patientes en vie dans les 3 ans après le 1er traitement sans rechute ni métastase (patientes avec date de 1er traitement <1er juillet 2020)***



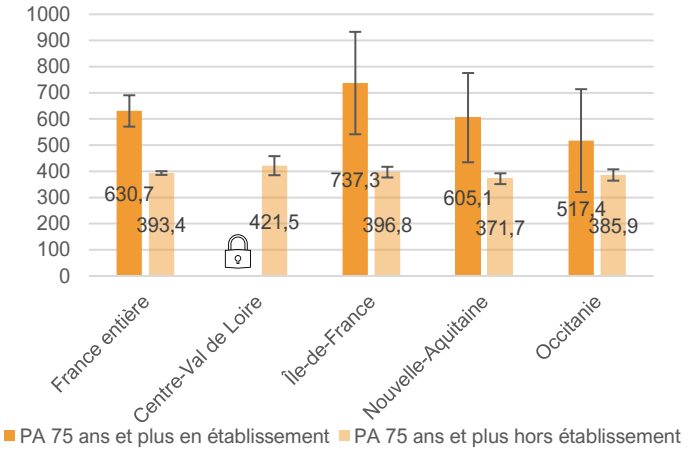
Taux non diffusable en raison des faibles effectifs observés (indicateur non robuste)

Graphique 47. Cancer du côlon-rectum : **Patients décédés au cours de la 1ère année de traitement***



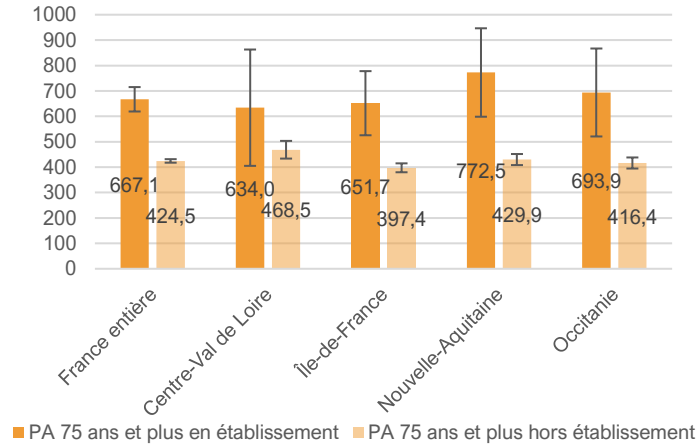
Taux non diffusable en raison des faibles effectifs observés (indicateur non robuste)

Graphique 48. Cancer du côlon-rectum : **Patients décédés au cours des 3 premières années de traitement (patients avec date de 1er traitement < 1er juillet 2020)***



Taux non diffusable en raison des faibles effectifs observés (indicateur non robuste)

Graphique 49. Cancer du pancréas : **Patients décédés dans les 3 mois suivant le diagnostic***



* Taux standardisés pour 1 000 bénéficiaires (IC 95%) – Période 2018-2022
Source : SNDS – Exploitation : Fnors – ORS

Attention à l'interprétation des graphiques : les échelles des axes des ordonnées varient d'un indicateur à l'autre.

III- Population en situation de précarité – bénéficiaires de la C2S

1. Présentation des bénéficiaires de la C2S

Les tableaux ci-dessous présentent, pour les trois localisations cancéreuses, et pour les quatre régions dans lesquelles l'étude a eu lieu, les cohortes de personnes bénéficiaires de la C2S.

Cancer du sein

En France entière, 288 843 patientes de 18 ans et plus touchées par un cancer du sein ont été identifiées dans le SNDS sur la période 2018-2022. Parmi ces patientes, 18 026 sont bénéficiaires de la C2S, soit 6,2 % de la cohorte, proportion inférieure à celle des bénéficiaires de la C2S dans l'ensemble des bénéficiaires (10,2 %). Le tableau ci-dessous présente les effectifs de la cohorte Cancer du sein dans les différentes régions de l'étude et les effectifs dans ces cohortes des bénéficiaires de la C2S. Dans toutes les régions, la proportion des bénéficiaires de la C2S dans la cohorte Cancer du sein est inférieure à la proportion de bénéficiaires de la C2S dans l'ensemble des bénéficiaires.

Tableau 23. Répartition des effectifs de bénéficiaires de la C2S dans la cohorte Cancer du sein par région d'étude

Région	Cohorte Cancer du sein	Dont C2S	% C2S dans cohorte	% C2S dans ens bénéf
Centre-Val de Loire	11 306	564	5,0	11,5
Île-de-France	47 447	2 652	5,6	9,6
Nouvelle-Aquitaine	28 106	1 506	5,4	8,6
Occitanie	26 545	2 007	7,6	8,4

Source : SNDS – Exploitation : Fnors – ORS

En France entière, l'âge moyen des femmes de la cohorte Cancer du sein est de 56,5 ans dans la population C2S et 62,6 ans dans la population non C2S. La population C2S est en moyenne 6 ans plus jeune que la population non C2S dans les quatre régions étudiées.

Tableau 24. Caractéristiques démographiques des bénéficiaires de la C2S de la cohorte Cancer du sein par région d'étude

	France entière		Centre-Val de Loire		Île-de-France		Nouvelle-Aquitaine		Occitanie	
Âge (%)	Non C2S	C2S	Non C2S	C2S	Non C2S	C2S	Non C2S	C2S	Non C2S	C2S
18-49 ans	20,2	31,8	18,6	36,2	24,7	36,8	18,7	28,8	19,1	31,1
50-64 ans	33,2	40,5	32,1	40,1	34,6	40,1	32,3	39,6	32,7	38,3
65-74 ans	26,1	18,6	27,4	14,2	22,8	15,8	27,4	19,5	26,3	20,7
75-84 ans	13,8	6,5	14,2	6,6	12,2	5,7	14,2	7,8	14,7	7,0
85 ans et +	6,7	2,6	7,7	3,0	5,7	1,6	7,4	4,2	7,1	2,9
Âge moyen	62,6	56,5	63,5	55,8	60,8	54,8	63,3	58,0	63,2	57,2
Âge médian	63,0	56,0	64,0	54,0	60,0	54,0	64,0	48,0	64,0	47,0

Source : SNDS – Exploitation : Fnors – ORS

Cancer du côlon-rectum

En France entière, 208 565 patients de 18 ans et plus touchés par un cancer colorectal ont été identifiés dans le SNDS sur la période 2018-2022. Parmi ces patients, 12 376 sont bénéficiaires de la C2S, soit 5,9 % de la cohorte, proportion inférieure à celle des bénéficiaires de la C2S dans l'ensemble des bénéficiaires (9,5 %). Dans toutes les régions de l'étude, la proportion des bénéficiaires de la C2S dans la cohorte Cancer colorectal est inférieure à la proportion de bénéficiaires de la C2S dans l'ensemble des bénéficiaires.

Tableau 25. Répartition des effectifs de bénéficiaires de la C2S dans la cohorte Cancer colorectal par région d'étude

Région	Cohorte Cancer colorectal	Dont C2S	% C2S dans cohorte	% C2S dans ens bénéf
Centre-Val de Loire	8 148	375	4,6	10,6
Île-de-France	27 891	1 709	6,1	9,1
Nouvelle-Aquitaine	22 267	1 088	4,9	8,0
Occitanie	21 031	1 397	6,6	7,8

Source : SNDS – Exploitation : Fnors – ORS

En France entière, l'âge moyen des bénéficiaires de la C2S de la cohorte Cancer colorectal est plus de 6 ans inférieur à celui des non bénéficiaires de la C2S de la cohorte Cancer colorectal. Dans les régions de notre étude, une différence de 6-7 ans dans les moyennes des âges des bénéficiaires de la C2S est observée par rapport aux non bénéficiaires la C2S de la cohorte Cancer colorectal.
Par ailleurs, en France entière, la proportion de femmes est plus importante parmi les bénéficiaires de la C2S de la cohorte Cancer colorectal que parmi les non bénéficiaires de la C2S, 49,2% contre 44,2%. Un tel constat est observé dans les régions de notre étude sauf en Île-de-France où la proportion de femmes parmi les bénéficiaires de la C2S est comparable à celle des non bénéficiaires de la C2S.

Tableau 26. Caractéristiques démographiques des bénéficiaires de la C2S de la cohorte Cancer colorectal par région d'étude

	France entière		Centre-Val de Loire		Île-de-France		Nouvelle-Aquitaine		Occitanie	
	Non C2S	C2S	Non C2S	C2S	Non C2S	C2S	Non C2S	C2S	Non C2S	C2S
Sexe (%)										
Homme	55,8	50,8	57,1	50,7	54,3	54,1	56,2	49,6	55,6	49,5
Femme	44,2	49,2	42,9	49,3	45,7	45,9	43,8	50,4	44,4	50,5
Âge (%)										
18-49 ans	6,0	12,7	5,0	13,6	8,7	15,5	5,2	12,3	5,4	11,9
50-64 ans	27,0	44,0	26,0	42,1	29,8	42,2	25,3	41,8	26,2	44,4
65-74 ans	34,0	28,9	34,7	28,5	30,6	29,5	34,9	30,9	33,7	28,6
75-84 ans	24,5	11,4	25,2	13,3	22,9	10,4	25,3	11,7	25,3	11,9
85 ans et +	8,5	3,1	8,9	2,4	8,0	2,3	9,3	3,3	9,5	3,3
Âge moyen	68,8	62,4	69,3	62,5	67,3	61,5	69,5	62,8	69,3	62,9
Âge médian	70,0	63,0	70,0	63,0	69,0	63,0	70,0	63,0	70,0	63,0

Source : SNDS – Exploitation : Fnors – ORS

Cancer du pancréas

En France entière, 79 327 patients de 18 ans et plus touchés par un cancer du pancréas ont été identifiés dans le SNDS sur la période 2018-2022. Parmi ces patients, 4 741 sont bénéficiaires de la C2S, soit 6,0 % de la cohorte, proportion inférieure à celle des bénéficiaires de la C2S dans l'ensemble des bénéficiaires (9,5%). Dans toutes les régions de l'étude, la proportion des bénéficiaires de la C2S dans la cohorte Cancer du pancréas est inférieure à la proportion de bénéficiaires de la C2S dans l'ensemble des bénéficiaires.

Tableau 27. Répartition des effectifs de bénéficiaires de la C2S dans la cohorte Cancer du pancréas par région d'étude

Région	Cohorte Cancer du pancréas	Dont C2S	% C2S dans cohorte	% C2S dans ens bénéf
Centre-Val de Loire	8 148	375	4,6	10,6
Île-de-France	27 891	1 709	6,1	9,1
Nouvelle-Aquitaine	22 267	1 088	4,9	8,0
Occitanie	21 031	1 397	6,6	7,8

Source : SNDS – Exploitation : Fnors – ORS

En France entière, l'âge moyen des bénéficiaires C2S de la cohorte Cancer du pancréas est 8 ans inférieur à celui des non bénéficiaires de la C2S de la cohorte Cancer du pancréas. Dans les régions de notre étude, un écart de 8 ans environ est aussi observé dans les moyennes des âges des bénéficiaires de la C2S par rapport aux non bénéficiaires la C2S de la cohorte.
Par ailleurs, la répartition par sexe des bénéficiaires de la C2S *vs* les non bénéficiaires de la C2S dans la cohorte Cancer du pancréas est assez comparable en France entière et en Occitanie. En Centre-Val-de-Loire et en Nouvelle-Aquitaine, la proportion de femmes est plus élevée parmi les bénéficiaires de la C2S que parmi les autres, tandis qu'en Île-de-France, c'est le contraire.

Tableau 28. Caractéristiques démographiques des bénéficiaires de la C2S de la cohorte Cancer du pancréas par région d'étude

	France entière		Centre-Val de Loire		Île-de-France		Nouvelle-Aquitaine		Occitanie	
	Non C2S	C2S	Non C2S	C2S	Non C2S	C2S	Non C2S	C2S	Non C2S	C2S
Sexe (%)										
Homme	50,7	49,2	52,3	45,1	50,1	53,7	50,3	46,7	51,2	50,6
Femme	49,3	50,8	47,7	54,9	49,9	46,3	49,7	53,3	48,8	49,4
Âge (%)										
18-49 ans	3,4	10,1	3,3	9,9	4,6	13,5	3,0	9,5	2,9	9,9
50-64 ans	19,3	38,9	20,0	42,6	22,1	37,6	18,7	38,2	19,1	38,6
65-74 ans	30,2	29,1	30,5	27,2	28,2	30,8	30,5	32,3	31,0	30,5
75-84 ans	29,2	14,4	28,3	12,3	27,8	12,0	29,2	13,6	29,7	14,1
85 ans et +	17,8	7,6	18,0	8,0	17,3	6,2	18,6	6,4	17,3	6,9
Âge moyen	73,0	65,2	72,9	65,1	72,1	63,9	73,4	65,0	73,1	65,0
Âge médian	74,0	65,0	73,0	64,0	73,0	64,0	74,0	65,0	74.0	65,0

Source : SNDS – Exploitation : Fnors – ORS

2. Dépistage

Cancer du sein

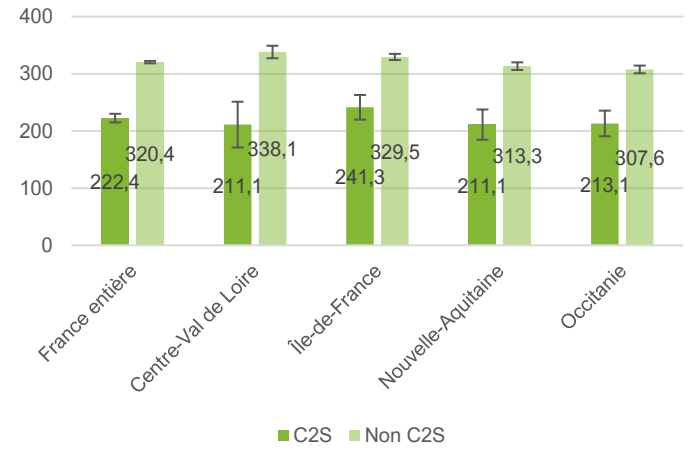
La réalisation d'une mammographie de dépistage du cancer du sein, dans l'année ou jusqu'à trois ans avant le début du traitement, chez les patientes âgées de 50 à 74 ans au début du traitement s'avère moins fréquente chez celles qui sont bénéficiaires de la C2S que chez les autres patientes : en France, 320,4 patientes pour 1 000 ont eu recours à une mammographie 12 à 36 mois avant le début du traitement contre seulement 222,4 pour 1 000 pour les patientes bénéficiant de la C2S. Un tel constat est observé dans les quatre régions, Centre-Val-de-Loire, Île-de-France, Nouvelle-Aquitaine et Occitanie (graphique 50).

Cancer du côlon-rectum

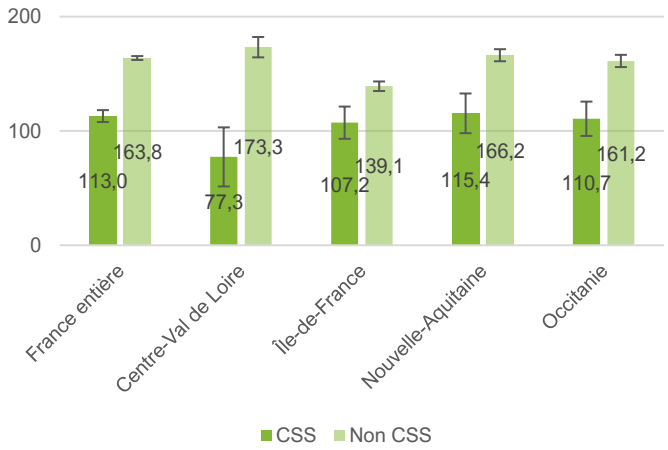
Pour ce qui est du cancer colorectal, la réalisation d'un test de dépistage dans les 30 mois précédant le début du traitement chez les patients âgés de 52 à 76 ans au début du traitement s'avère nettement moins fréquente chez les patients bénéficiaires de la C2S que chez ceux n'en bénéficiant pas. Ainsi en France entière, 113,0 patients de 18 ans ou plus pour 1 000 bénéficiaires de la C2S ont réalisé un test immunologique (recherche de sang dans les selles) contre 163,8 pour les personnes non bénéficiaires de la C2S.

Dans toutes les régions, les différentes entre les deux populations sont marquées et significatives : le taux est plus de deux fois supérieur chez les personnes non bénéficiaires de la C2S en Centre-Val-de-Loire, 1,3 fois supérieur en Île-de-France, 1,4 fois supérieur en Nouvelle-Aquitaine et 1,5 fois supérieur en Occitanie (graphique 51).

Graphique 50. Cancer du sein : **Mammographie dans les 12 à 36 mois précédant le début du traitement (chez les 50-74 ans)***



Graphique 51. Cancer du côlon-rectum : **Dépistage organisé dans les 30 mois (chez les 52-76 ans au début du traitement)***



* Taux standardisés pour 1 000 bénéficiaires (IC 95%) – Période 2018-2022
Source : SNDS – Exploitation : Fnors – ORS
Attention à l'interprétation des graphiques : les échelles des axes des ordonnées varient d'un indicateur à l'autre

3. Diagnostic

Cancer du sein

Le cancer du sein est diagnostiqué à un stade plus avancé pour les patientes bénéficiaires de la C2S que pour les autres patientes.

Ainsi, les différents indicateurs relatifs au stade de diagnostic montrent que :

- Le diagnostic d'un cancer du sein in situ est significativement inférieur parmi les personnes en situation de précarité que parmi les autres. En France entière, le taux standardisé est de 24,3 pour 1 000 chez les patientes C2S contre 27,1 chez les autres patientes. Cette tendance est observée dans les quatre régions aussi, mais les différences ne sont pas significatives en Nouvelle-Aquitaine ni en Centre-Val-de-Loire (graphique 52),
- Un diagnostic de cancer à un stade invasif avec envahissement ganglionnaire (propagation du cancer aux ganglions lymphatiques) / métastatique synchrone (c'est-à-dire lorsque des métastases apparaissent dans les 6 mois suivant le diagnostic de la tumeur primaire), témoignant ainsi d'un stade avancé concerne plus souvent les personnes en situation de précarité. En France entière, le taux standardisé est de 174,5 pour 1 000 pour les patientes C2S *vs* 148,7 pour les autres patientes. La tendance est observable dans les quatre régions, mais il n'y a qu'en Île-de-France où la différence entre les deux populations est significative (graphique 53).

Cancer du côlon-rectum

Pour le cancer colorectal, une tendance similaire est observée avec un diagnostic à un stade plus avancé pour les personnes bénéficiaires de la C2S que pour les autres.

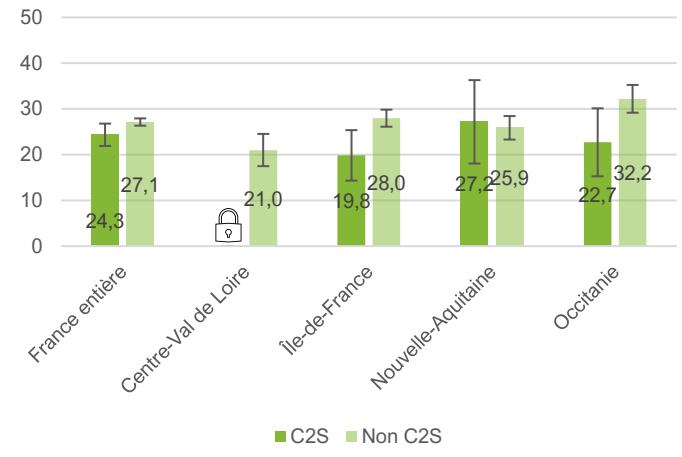
Ainsi les indicateurs montrent que :

- Un diagnostic de cancer in situ concerne des taux plus faibles parmi les bénéficiaires de la C2S que parmi les personnes qui n'en sont pas bénéficiaires. Ainsi en France entière, 99,5 pour 1 000 bénéficiaires de la C2S ont eu un diagnostic de cancer colorectal in situ contre 124,5 pour ceux qui n'en sont pas bénéficiaires. Ce constat est fait dans les autres régions, mais en Centre-Val-de-Loire le taux est non diffusable pour les patients C2S et en Île-de-France, la différence n'est pas significative (graphique 54).
- Un diagnostic à un stade avancé concerne des proportions plus élevées de bénéficiaires de la C2S que de non bénéficiaires. Ainsi, un cancer diagnostiqué avec métastases synchrones concerne 321,9 personnes bénéficiaires de la C2S pour 1 000 *vs* 300,5 parmi les non bénéficiaires de la C2S. Les tendances semblent comparables dans les différentes régions, mais le test n'est significatif que pour la région Occitanie (graphique 55).

Cancer du pancréas

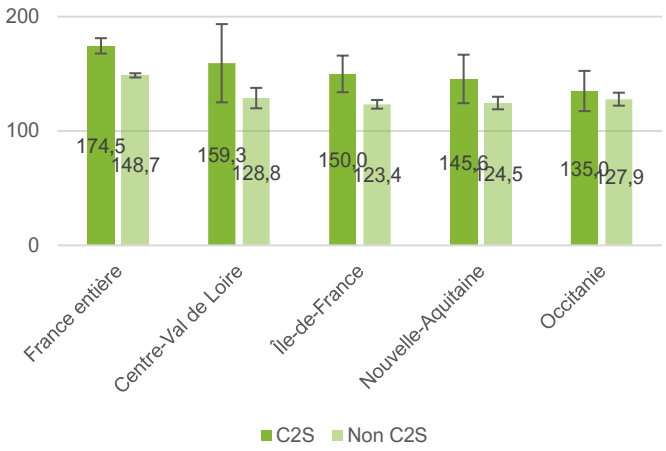
Pour le cancer du pancréas, les résultats sont plus nuancés que pour les autres cancers. Ainsi pour l'indicateur de diagnostic disponible, le diagnostic d'un cancer avec métastases synchrones, aucune différence n'est significative entre la population en situation de précarité et les autres patients, que ce soit pour l'ensemble de la France ou dans les quatre régions et il n'y a pas de tendance globale identifiable (graphique 56).

Graphique 52. Cancer du sein : **Cancer diagnostiqué in situ***

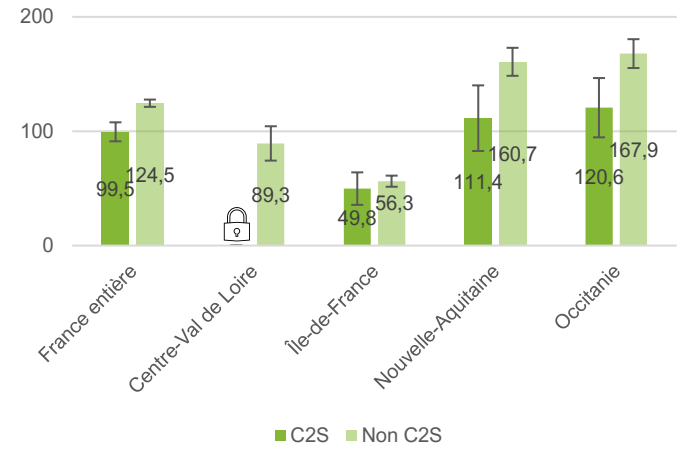


Taux non diffusable en raison des faibles effectifs observés (indicateur non robuste)

Graphique 53. Cancer du sein : **Cancer invasif avec envahissement ganglionnaire/métastatique synchrone***

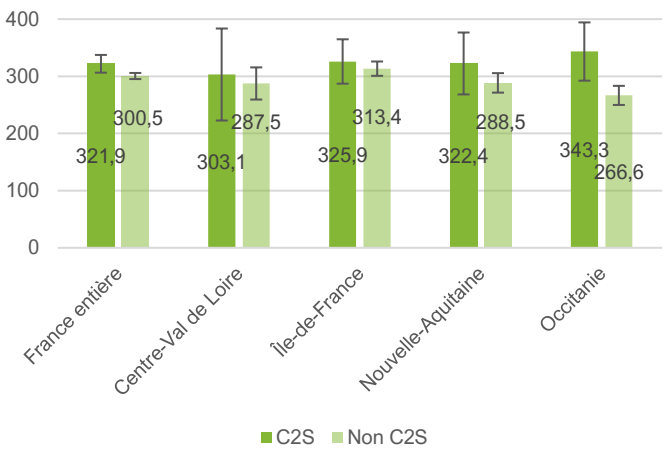


Graphique 54. Cancer du côlon-rectum : **Cancer diagnostiqué in situ***

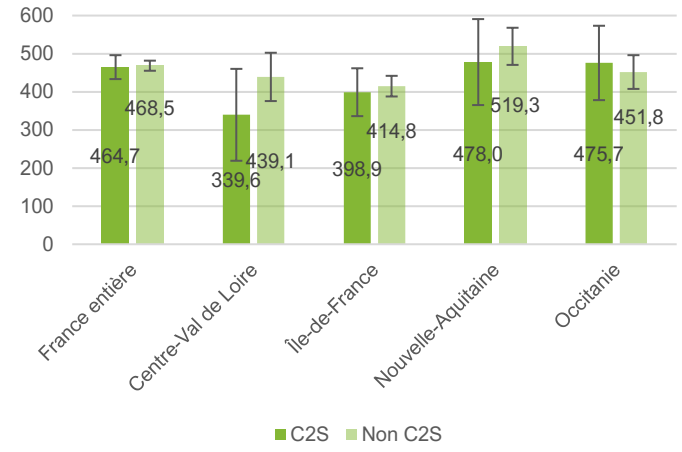


Taux non diffusable en raison des faibles effectifs observés (indicateur non robuste)

Graphique 55. Cancer du côlon-rectum : **Cancer diagnostiqué avec métastases synchrones***



Graphique 56. Cancer du pancréas : **Proportion de patients avec un niveau de gravité au diagnostic élevé (métastase synchrone)***



* Taux standardisés pour 1 000 bénéficiaires (IC 95%) – Période 2018-2022
Source : SNDS – Exploitation : Fnors – ORS
Attention à l'interprétation des graphiques : les échelles des axes des ordonnées varient d'un indicateur à l'autre

4. Traitement

Cancer du sein

Les différents traitements mis en œuvre au cours de la première année dans les populations étudiées indiquent que :

- Une chirurgie conservatrice est moins souvent pratiquée la première année de traitement parmi les patientes bénéficiaires de la C2S que parmi les autres patientes, que ce soit en France ou dans les quatre régions de l'étude. En France entière, le taux standardisé chez les patientes C2S est de 625,0 pour 1 000 *vs* 703,7 chez les patientes non C2S (graphique 57),
- Une hormonothérapie est moins souvent mise en place chez les patientes bénéficiaires de la C2S que chez les autres, différence significative en France entière et dans les autres régions, mais non significative dans la région Centre-val-de-Loire. En France, le taux standardisé est de 636,1 pour 1 000 patientes C2S *vs* 682,3 pour les patientes non C2S (graphique 58),
- Une radiothérapie fait moins souvent l'objet d'un traitement pour les patientes en situation de précarité que pour les autres, constat fait pour la France et dans les quatre régions, bien que la différence ne soit pas significative en Centre-Val-de-Loire. Les taux pour la France sont respectivement de 758,4 et 806,2 pour 1 000 chez les patientes C2S et les autres (graphique 59),
- Une chimiothérapie est plus souvent mise en œuvre parmi les patients en situation de précarité que parmi les autres. Cette tendance est observée dans l'ensemble des régions et en France, mais la différence entre les deux populations n'est significative que pour la France et l'Île-de-France. Pour la France, le taux chez les patientes C2S est de 512,3 pour 1 000 *vs* 459,9 chez les patientes non C2S (graphique 60),
- Une mastectomie totale est plus souvent réalisée chez les patientes bénéficiaires de la C2S que chez les autres, en France et dans les régions, sauf en Nouvelle-Aquitaine où la tendance semble aller dans l'autre sens, sans que la différence ne soit significative. Ainsi en France, le taux standardisé est de 292,4 pour 1 000 patientes C2S *vs* 266,5 pour les autres patientes (graphique 61),
- Des soins palliatifs sont nettement plus souvent prodigués parmi les patientes bénéficiaires de la C2S que parmi les autres, que ce soit pour l'ensemble de France et dans les quatre régions d'étude. En France, 38,6 pour 1000 patientes C2S ont eu des soins palliatifs la première année *vs* 20,9 pour les patientes non C2S (graphique 62).

Cancer du côlon-rectum

Certains indicateurs relatifs aux traitements mis en œuvre la première année montrent que :

- Le traitement uniquement par exérèse endoscopique au cours de la première année de traitement est moins fréquent chez les personnes bénéficiaires de la C2S que chez les autres patients, constat fait au niveau national et dans les quatre régions, même si la différence n'est pas significative en Centre-Val-de-Loire. En France entière, le taux standardisé chez les patients C2S est de 161,1 pour 1 000 *vs* 194,7 pour les patients non C2S (graphique 63).
- Un traitement par chirurgie carcinologique seule ne semble pas varier de façon significative selon la population, même s'il semble que les taux chez les patients en situation de précarité sont légèrement plus faibles que pour les autres patients, mais aucune différence n'est significative, que ce soit en France entière ou dans les quatre régions (graphique 64),
- En revanche, un traitement par chimiothérapie ou radiothérapie sans chirurgie est plus fréquent chez les patients en situation de précarité que chez les autres, dans toutes les régions et au niveau national, avec à nouveau une différence non significative pour la région Centre-Val-de-Loire. En France, le taux est ainsi de 200,4 pour 1 000 patients en situation de précarité *vs* 162,4 pour les autres (graphique 65),
- Dans le cas d'un cancer invasif, les patients en situation de précarité ont plus souvent un parcours chirurgical réalisé en urgence que les autres patients. Cela est observé dans toutes les quatre régions et au niveau national. En France entière, le taux standardisé est de 145,1 pour 1 000 pour les patients C2S *vs* 97,1 pour les patients non C2S (graphique 66).

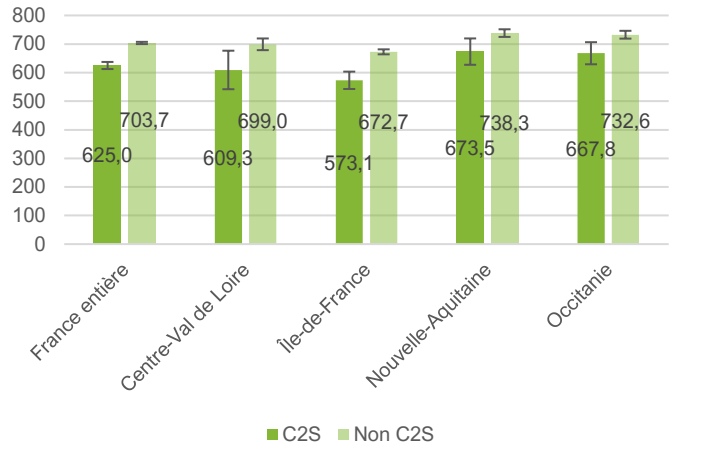
Cancer du pancréas

Pour le cancer du pancréas, pour plusieurs indicateurs, les taux sont non diffusables, du fait d'effectifs trop faibles. D'autres indicateurs présentent des tests non significatifs, qui peuvent être liés au fait que les effectifs sont faibles ou que les tendances ne sont pas significatives.

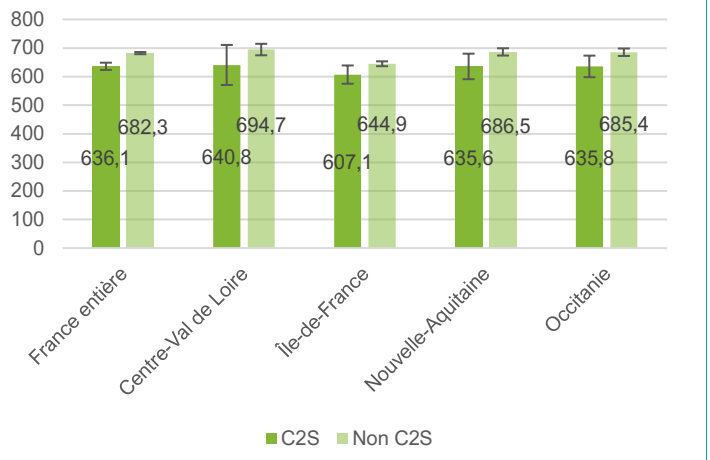
Les indicateurs présentés ici montrent que :

- En France entière, les patients C2S sont moins nombreux à avoir bénéficié d'une chirurgie thérapeutique et d'une chimiothérapie adjuvante 99,7 pour 1 000 *vs* 120,3 pour les patients non C2S et une tendance comparable semble observée en Île-de-France, bien que non significative. Dans les autres régions, les taux ne sont pas diffusables chez les patients C2S pour la région Centre-Val-de-Loire et Nouvelle-Aquitaine et en Occitanie, la tendance semble inverse, mais non significative (graphique 67),
- Les patients ayant bénéficié d'une chimiothérapie seule semblent plus nombreux parmi les bénéficiaires de la C2S que les autres, mais aucune différence n'est significative que ce soit en France entière ou dans les quatre régions (graphique 68),
- Le taux de patients n'ayant bénéficié d'aucun traitement, ni chirurgie, ni chimiothérapie, témoignant ainsi d'une gravité du cancer, est supérieur chez les patients C2S en France entière et en Nouvelle-Aquitaine, ainsi qu'en Occitanie (différence non significative) tandis que la tendance semble inverse en Centre-Val-de-Loire et en Île-de-France mais les différences ne sont pas significatives entre les deux populations (graphique 69).

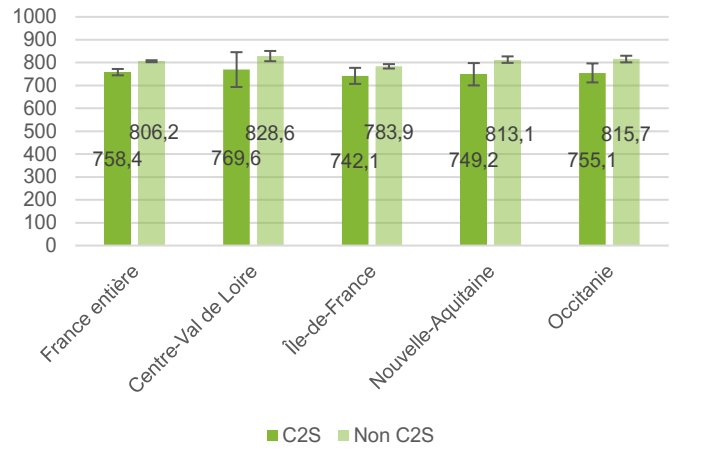
Graphique 57. Cancer du sein : **Traitement la 1ère année : Chirurgie conservatrice***



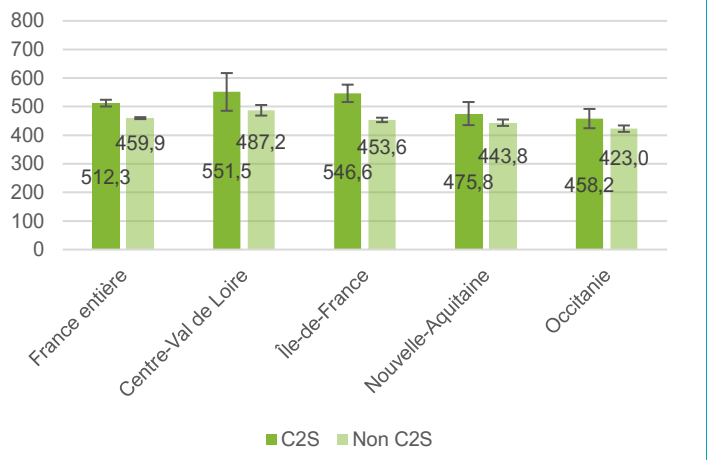
Graphique 58. Cancer du sein : **Traitement la 1ère année : Hormonothérapie***



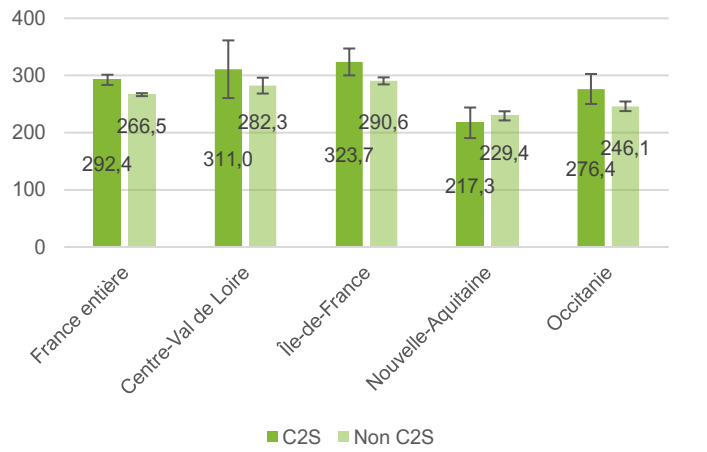
Graphique 59. Cancer du sein : **Traitement la 1ère année : Radiothérapie***



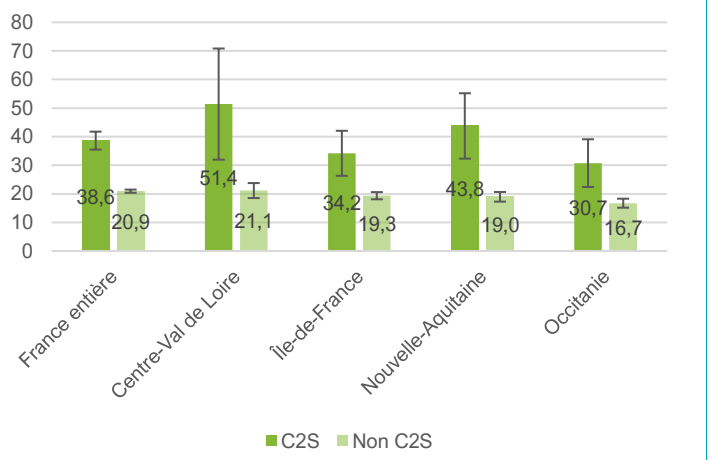
Graphique 60. Cancer du sein : **Traitement la 1ère année : Chimiothérapie***



Graphique 61. Cancer du sein : **Traitement la 1ère année : Mastectomie totale***

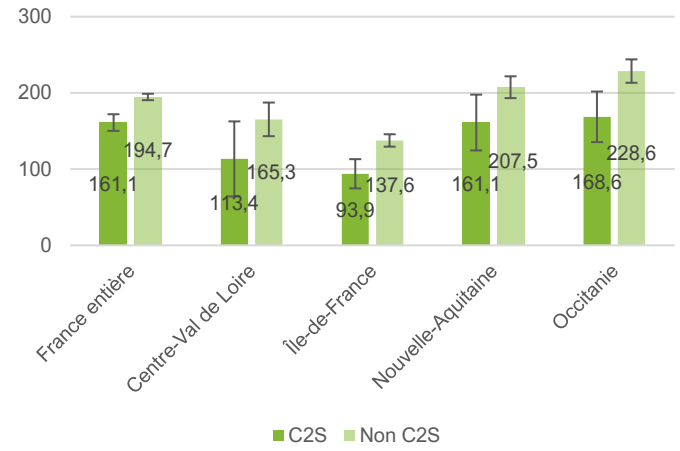


Graphique 62. Cancer du sein : **Traitement la 1ère année : Soins palliatifs***

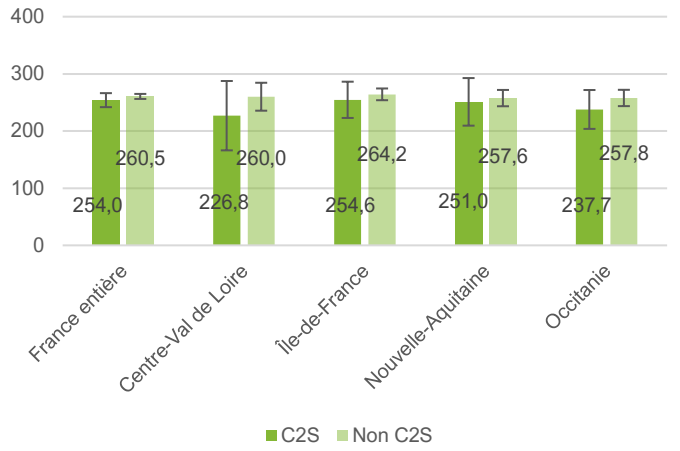


* Taux standardisés pour 1 000 bénéficiaires (IC 95%) – Période 2018-2022
Source : SNDS – Exploitation : Fnors – ORS
Attention à l'interprétation des graphiques : les échelles des axes des ordonnées varient d'un indicateur à l'autre

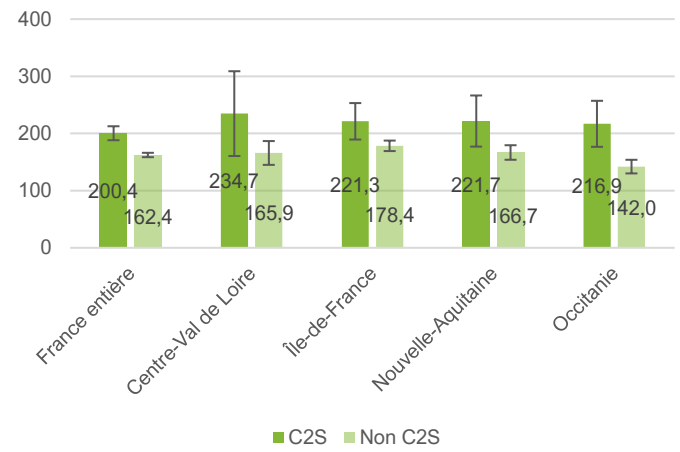
Graphique 63. Cancer du côlon-rectum : **Traitement la 1ère année : exerèse endoscopique seule***



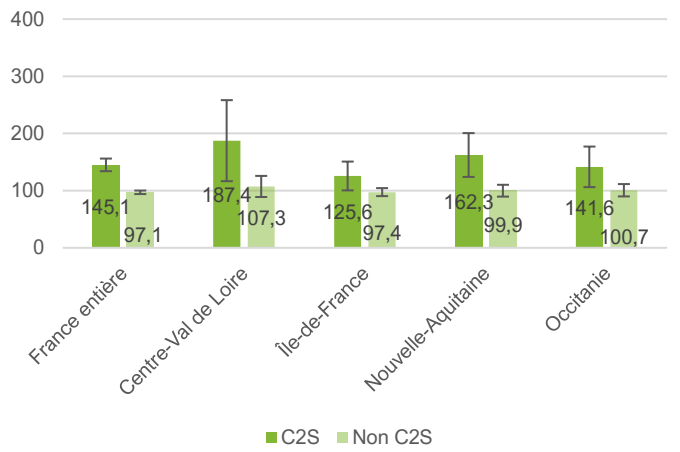
Graphique 64. Cancer du côlon-rectum : **Traitement la 1ère année : chirurgie carcinologique seule***



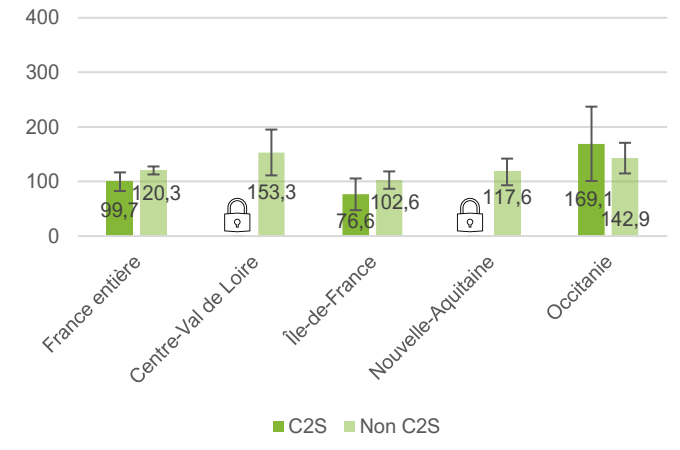
Graphique 65. Cancer du côlon-rectum : **Traitement la 1ère année : chimiothérapie et/ou radiothérapie sans chirurgie***



Graphique 66. Cancer du côlon-rectum : **Parcours chirurgical en urgence (cancer invasif)***

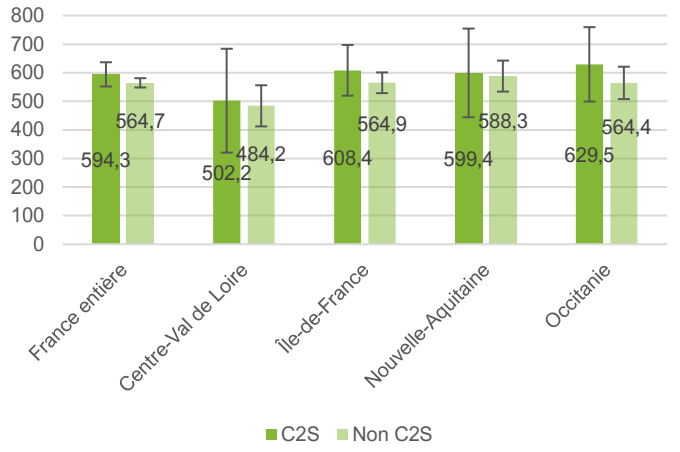


Graphique 67. Cancer du pancréas : **Part des patients ayant eu une chirurgie thérapeutique et une chimiothérapie adjuvante (parmi les patients ayant eu un traitement)***



Taux non diffusable en raison des faibles effectifs observés (indicateur non robuste)

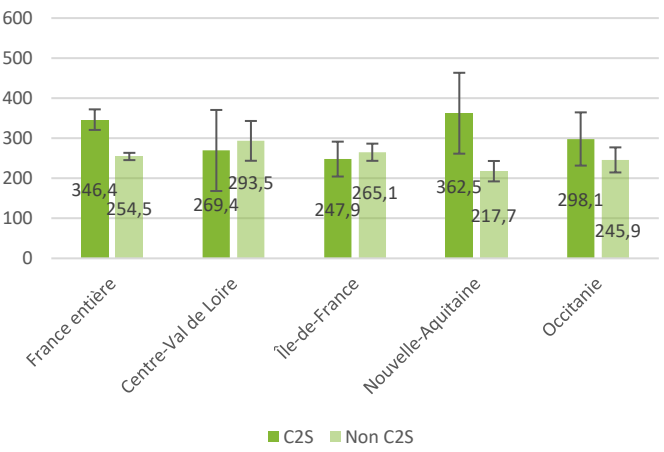
Graphique 68. Cancer du pancréas : **Part des patients ayant eu de la chimiothérapie seule (parmi les patients ayant eu un traitement)***



* Taux standardisés pour 1 000 bénéficiaires (IC 95%) – Période 2018-2022
Source : SNDS – Exploitation : Fnors – ORS

Attention à l'interprétation des graphiques : les échelles des axes des ordonnées varient d'un indicateur à l'autre

Graphique 69. Cancer du pancréas : **Part des personnes ayant eu ni chirurgie ni chimiothérapie (pas de traitement)***



* Taux standardisés pour 1 000 bénéficiaires (IC 95%) – Période 2018-2022
Source : SNDS – Exploitation : Fnors – ORS
Attention à l'interprétation des graphiques : les échelles des axes des ordonnées varient d'un indicateur à l'autre

5. Devenir

Cancer du sein

Pour le cancer du sein, plusieurs indicateurs relatifs au devenir des patientes sont disponibles.

- Les femmes ayant eu une reconstruction mammaire après mastectomie totale ou partielle dans les 3 ans après sont moins nombreuses chez les patients C2S que chez les patientes non C2S. Ainsi en France entière, le taux standardisé sur l'âge chez les patientes C2S est de 303,7 pour 1 000 *vs* 370,5 chez les patients non C2S. Cette tendance est observée dans les quatre régions, de manière significative (graphique 70),
- Le taux de patientes décédées au cours de la première année de traitement est nettement supérieur chez les patientes C2S que chez les patientes non C2S. En France entière, 41,4 femmes pour 1 000 en situation de précarité sont décédées au cours de la première année de traitement conte 23,5 pour les autres patientes. Cette tendance est observée de manière significative dans les autres régions (graphique 71),
- Les patientes C2S sont plus nombreuses que les autres patientes à avoir vu l'apparition de métastases dans les trois premières années de traitement. En France entière, le taux standardisé chez les patientes C2S est de 110,0 pour 1 000 *vs* 74,4 pour les autres patientes. Un tel constat est fait dans les autres régions, sauf en Centre-Val-de-Loire où le taux n'est pas diffusable. Dans la région Occitanie, la différence n'est cependant pas significative (graphique 72),
- Les patientes en situation de précarité sont également plus nombreuses que les autres patientes à être décédées au cours des trois premières années de traitement. En France entière, le taux standardisé pour les patientes C2S est de 116,7 pour 1 000 *vs* 68,4 pour les patientes non C2S. Ce constat est fait dans les quatre autres régions, bien que la différence ne soit pas significative dans la région Centre-Val-de-Loire (graphique 73).

Cancer du côlon-rectum

Pour le cancer colorectal, deux indicateurs montrent que les patients en situation de précarité sont plus nombreux à décéder au cours de la première année de traitement ou au cours des trois premières années de traitement que les patients non bénéficiaires de la C2S.

Ainsi, en France entière, après standardisation sur l'âge, 119,8 patients C2S pour 1 000 sont décédés au cours de première année de traitement *vs* 80,9 pour les autres patients (graphique 74)

Pour les patients dont le traitement a débuté avant le 1er juillet 2020, en France, 278,1 pour 1 000 personnes bénéficiaires de la C2S sont décédées dans les trois premières années de traitement *vs* 202,7 pour les personnes non bénéficiaires de la C2S. Cette tendance est observée dans les quatre autres régions, mais la différence n'est pas significative en région Nouvelle-Aquitaine (graphique 75).

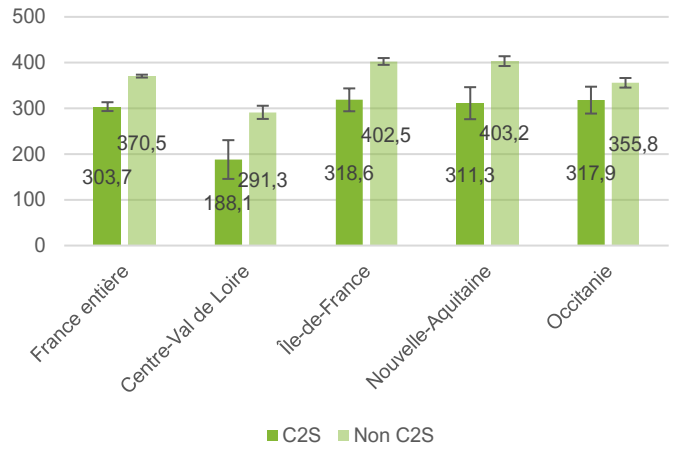
Cancer du pancréas

Pour le cancer du pancréas, les patients C2S semblent plus nombreux à décéder dans les 3 mois suivant le diagnostic que les patients non bénéficiaires de la C2S. Le taux standardisé en France entière est ainsi de 262,7 pour 1 000 patients C2S *vs* 191,0 pour les non C2S. Ce constat est également fait en Occitanie. En région, Centre-Val-de-Loire et Île-de-France, la différence est très faible et non significative, et en Occitanie, elle est plus élevée que dans ces deux dernières régions, mais non significative (graphique 76).

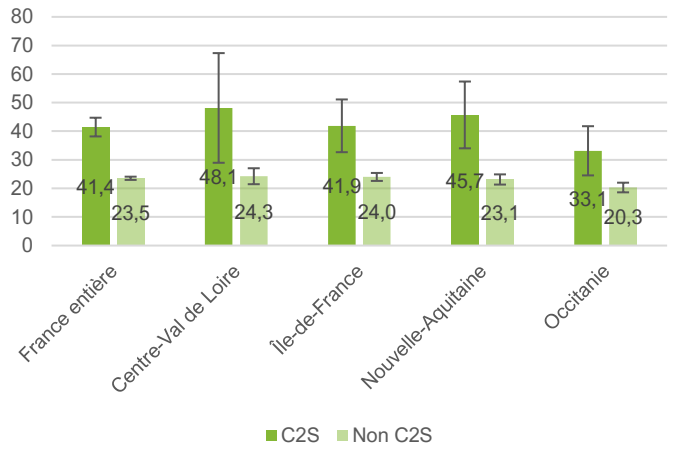
Le décès de patients dans les 6 à 12 mois suivant le diagnostic semble également plus important chez les patients C2S, mais ce constat est à nuancer car aucun test n'est significatif, ni pour l'ensemble de la France, ni dans chacune des quatre régions (graphique 77).

Le cancer du pancréas étant un cancer moins fréquent que le cancer colorectal et le cancer du sein, les effectifs sont d'une part, plus faibles et d'autre part, il s'agit d'un cancer diagnostiqué souvent à un stable plus avancé, faute de test de dépistage et parce qu'il est moins facilement décelable que les autres. Les résultats sont ainsi plus disparates entre les deux populations que pour les deux autres cancers.

Graphique 71. Cancer du sein : **Reconstruction mammaire après mastectomie totale ou partielle (dans les 3 ans après)***

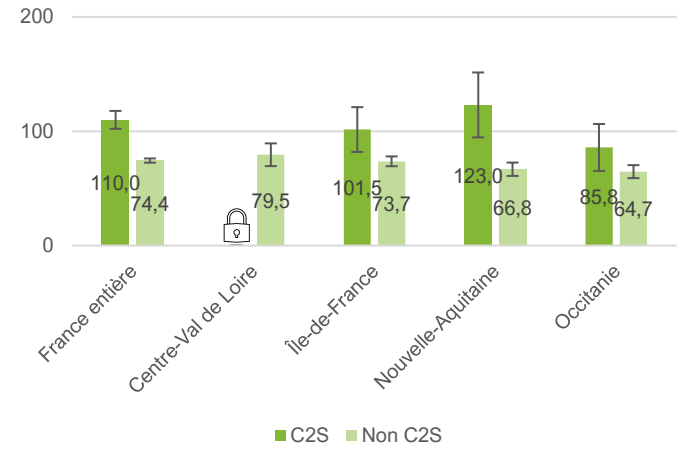


Graphique 72. Cancer du sein : **Décès au cours de la 1ère année de traitement (hors perdus de vue)***



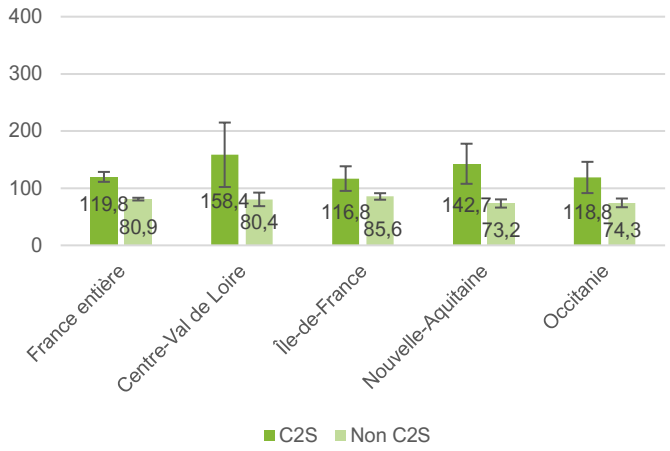
* Taux standardisés pour 1 000 bénéficiaires (IC 95%) – Période 2018-2022
Source : SNDS – Exploitation : Fnors – ORS
Attention à l'interprétation des graphiques : les échelles des axes des ordonnées varient d'un indicateur à l'autre

Graphique 73. Cancer du sein : Devenir à 3 ans en 4 modalités : **Apparition de métastases au cours des 3 premières années de traitement (patientes avec date de 1er traitement < 1er juillet 2020)***

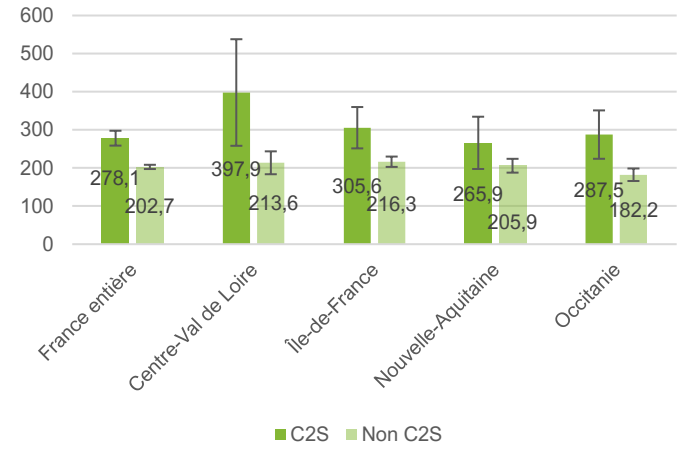


Taux non diffusable en raison des faibles effectifs observés (indicateur non robuste)

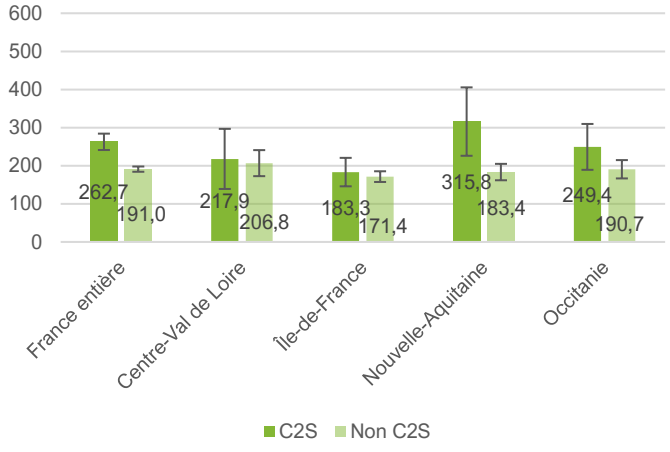
Graphique 74. Cancer du côlon-rectum : **Patients décédés au cours de la 1ère année de traitement***



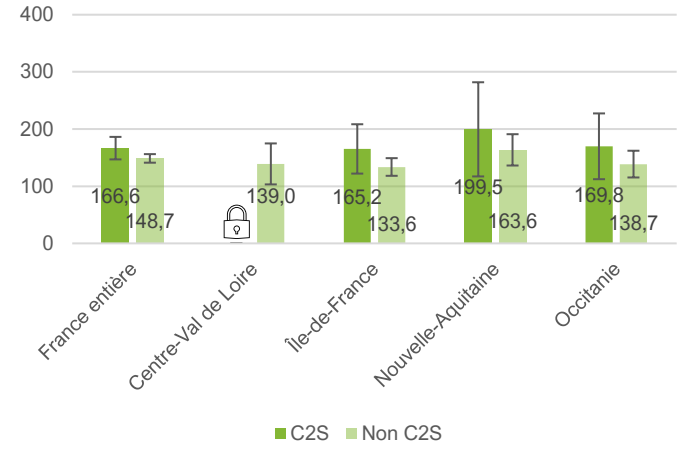
Graphique 75. Cancer du côlon-rectum : **Patients décédés au cours des 3 premières années de traitement (patients avec date de 1er traitement < 1er juillet 2020)***



Graphique 76. Cancer du pancréas : **Patients décédés dans les 3 mois suivant le diagnostic***



Graphique 77. Cancer du pancréas : **Patients décédés dans les 6 à 12 mois suivant le diagnostic***



Taux non diffusable en raison des faibles effectifs observés (indicateur non robuste)

* Taux standardisés pour 1 000 bénéficiaires (IC 95%) – Période 2018-2022
Source : SNDS – Exploitation : Fnors – ORS
Attention à l'interprétation des graphiques : les échelles des axes des ordonnées varient d'un indicateur à l'autre

IV- Synthèse des concertations régionales

Les groupes de concertations régionales ont eu lieu en novembre et décembre 2024 : 26 novembre pour le Centre-Val-de-Loire, 28 novembre pour la Nouvelle-Aquitaine, 4 décembre pour l'Occitanie, 10 décembre pour l'Île-de-France. Cette partie présente le bilan des retours des acteurs sollicités (*cf.* annexe 8) pour chaque groupe de concertation pour les différentes populations, réparties selon les régions comme mentionné plus haut.

1. Personnes en situation de handicap

Concertation régionale relative aux personnes en situation de handicap face au cancer du sein

Lors du groupe de concertation relatif au cancer du sein chez les personnes en situation de handicap, les éléments suivants ont permis de mieux comprendre les spécificités de ces patients dans les parcours en cancérologie et les leviers pour améliorer ceux-ci.

→ Une accessibilité au dépistage pas toujours adaptée aux personnes en situation de handicap

Il existe des obstacles à l'accès au dépistage :

- la formulation des courriers d'invitation et des documents n'est pas forcément facile d'accès pour ce type de public. Il serait nécessaire de les produire dans un format adapté, en particulier en Facile à lire et à comprendre (FALC) ou de façon compréhensible et intelligible,
- les délais d'obtention des rendez-vous sont souvent trop longs pour des personnes ayant des soucis d'orientation temporelle et de gestion des échéances, (par exemple, actuellement, le délai pour avoir un rendez-vous pour une mammographie de dépistage est d'un an dans le Biterrois),
- la formation/familiarisation des professionnels effectuant les actes (mammographie ou frottis…) devrait prévoir une meilleure compréhension des personnes en situation de handicap et une adaptation à leur handicap,
- l'accessibilité physique des lieux pour les personnes à mobilité réduite est difficile (fauteuil, difficulté à la marche, déficience visuelle, etc.),
- les aides techniques à la mobilité adaptées pour les personnes avec handicap moteur sont insuffisantes (lève-personne, fauteuil et matériel adaptés pour rendre possible la mammographie, etc.),
- les temps d'attente sur place avant la réalisation du dépistage sont longs,
- l'organisation d'accès spécifiques au Mammobile (créneaux réservés avec personnel spécifique) pour le dépistage du cancer du sein pourrait être un plus.

Compte-tenu des spécificités des pathologies cancéreuses parmi les personnes en situation de handicap, notamment un début plus précoce, une évolution de l'âge cible pour le dépistage organisé pourrait être envisagée afin d'atteindre cette population avant 50 ans

→ Les spécificités de la prise en charge et des traitements pour les personnes en situation de handicap à prendre en compte

En ce qui concerne la prise en charge, les consultations avec certaines personnes en situation de handicap peuvent nécessiter des temps plus longs. Cela peut être un frein dans les possibilités offertes de compréhension de la pathologie par la personne, du traitement mis en œuvre, de ses contraintes et de son impact sur la vie quotidienne. Un travail en amont de préparation de la personne en situation de handicap au déroulé de la consultation peut être nécessaire. Certains établissements ou services proposent d'ailleurs des ateliers ou séances d'habituation aux soins. De même, la reprise avec la personne des éléments échangés avec le médecin pendant la consultation est à proposer (dans ce cas, un professionnel « médiateur » doit pouvoir participer à cette consultation pour pouvoir reprendre les choses avec la personne concernée et décrypter le jargon médical).

En termes de traitements, les comorbidités pouvant accompagner les problèmes de santé à l'origine des situations de handicap (notamment dans le cas de handicap psychique) peuvent interférer avec les traitements

proposés et, parfois, être des contre-indications dans le cadre des protocoles thérapeutiques communément proposés.

Certains traitements, par exemple neuroleptiques dans le cadre d'une personne avec schizophrénie, du fait de leur toxicité propre, peuvent être incompatibles avec les chimiothérapies. Cela peut nécessiter d'arrêter le traitement neuroleptique pouvant générer une recrudescence de la symptomatologie et des situations d'angoisse, etc.

La proportion de reconstruction mammaire après mastectomie est moins élevée dans la population en situation de handicap. Ceci peut être en partie dû à la construction de l'image corporelle parmi ces femmes avec un moindre impact sur celle-ci de la mastectomie (une participante relate l'expérience avec une personne accompagnée ayant eu une mastectomie et qui semblait peu intéressée par les propositions d'utilisation de prothèses dans le soutien-gorge ou de reconstruction mammaire). Mais cela ne doit pas cacher aussi des interrogations sur le niveau de proposition faite en ce sens aux femmes en situation de handicap.

Par ailleurs, la place des familles est à interroger. Face à certaines familles qui, par exemple, refusent que le diagnostic de cancer soit annoncé à leur proche, un travail spécifique est à mettre en place, ces non-dits privant la personne concernée d'une information et d'un choix éclairé. Ils peuvent aussi avoir un impact négatif sur la compréhension par celle-ci des traitements mis en place et pouvant réduire l'observance.

→ Une population pas toujours visible dans les parcours en cancérologie

À la Ligue contre le cancer, les personnes avec qui ils sont en contact sont peu nombreuses à être en situation de handicap. C'est particulièrement le cas pour les soins de support. Cette population semble y avoir moins accès. Cela nécessiterait des actions spécifiques pour leur permettre d'y accéder.

Il y a une grande variabilité entre les équipes de soins : certaines intègrent les particularités de la situation de handicap et les prennent en compte dans l'accompagnement et les soins mis en œuvre, d'autres sont beaucoup moins attentives à ces questions.

Cependant, le constat d'une très nette amélioration dans le domaine de la prise en compte des situations de handicap peut être fait, même s'il reste beaucoup à faire. Il est nécessaire d'être plus attentif à la parole de la personne, a minima être autant attentif à la parole de la personne en situation de handicap qu'à la parole de toute autre personne.

→ Des exemples de dispositifs pour améliorer le parcours de soins des personnes en situation de handicap

L'existence d'Oncodéfi[24] depuis plus d'une douzaine d'années à Montpellier est un élément de sensibilisation important. Cette structure déploie des actions pour favoriser la pratique du dépistage du cancer du sein et du cancer colorectal auprès de la population ayant une déficience intellectuelle et a développé des outils spécifiques pour cela et pour accompagner ensuite les personnes avec cancer dans leur parcours. Oncodéfi développe également des actions de sensibilisation des professionnels de santé *via* les communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS).

Oncodéfi propose également une « traduction » des comptes-rendus de consultation et d'examen pour les personnes avec déficience intellectuelle par une infirmière formée. Cela permet d'expliquer le traitement et faciliter l'observance thérapeutique.

Le dispositif de consultations dédiées aux personnes en situation de handicap, par exemple Handiconsult34 à Montpellier, est un élément d'appui certain. Cependant, ce dispositif n'est pas présent dans tous les territoires (9 dispositifs de ce type en Occitanie implantés dans les chefs-lieux de 8 des 13 départements – 5 départements non couverts - pouvant être spécialisés sur certains soins seulement – soins dentaires ou gynécologie obstétrique par exemple).

Un travail est en cours associant la délégation départementale de l'ARS et la Caisse primaire d'assurance maladie (Cpam) de l'Hérault pour améliorer l'accès des personnes en situation de handicap au dépistage du cancer colorectal. : sensibilisation des personnes concernées, des aidants, des accompagnants, des personnels.

[24] https://oncodefi.org/ - Association réalisant des actions d'accompagnement des professionnels et des aidants, d'information et de sensibilisation des personnes avec déficience intellectuelle et de recherche sur le thème « Cancer et déficience intellectuelle »

Des dispositifs spécifiques d'accès aux soins existent dans certains territoires. Ainsi, dans le territoire de la CPTS Bassin de Thau, un accès « 48h chrono » permet des accès facilités à des rendez-vous de spécialistes pour les médecins traitants. Cependant, cela nécessite d'avoir un médecin traitant ce qui n'est pas toujours le cas.

→ Leviers pour améliorer la prise en charge de la population en situation de handicap en termes de dépistage, diagnostic, traitement, devenir

Il pourrait être intéressant de développer des actions thématiques ciblées vers les personnes en situation de handicap (et les professionnels qui les accompagnent) au cours de manifestions comme Octobre Rose ou Mars Bleu.

L'adaptation des documents d'information ou d'invitation et leur adaptation aux différents publics, la formation/sensibilisation des professionnels, la mise en place de professionnels « médiateurs » …, éléments déjà cités, peuvent contribuer à l'amélioration des prises en charges.

L'appui sur des outils existants mis en place dans les ESMS ou par exemple SantéBD pour faciliter la compréhension des personnes concernées.

La mise en place d'un référent « handicap » dans les établissements de santé pourrait faciliter la mise en œuvre des adaptations nécessaires.

Des consultations d'annonce adaptées aux personnes en situation de handicap pourraient être proposées avec une identification des besoins spécifiques de la personne en termes d'accompagnement en cours de traitement et à la suite de celui-ci.

Le dispositif de consultations de prévention pourrait servir d'appui afin de préparer les personnes en situation de handicap aux actes de dépistages et anticiper les difficultés potentielles. Cela nécessiterait une formation spécifique des personnes réalisant ces consultations (médecins, sage-femmes, infirmiers, pharmaciens).

Des parcours spécifiques d'accompagnement dédiés aux personnes en situation de handicap pourraient être développés en lien avec les CPTS.

Une majoration spécifique des consultations pour les personnes en situation de handicap permettrait une durée plus longue de ces consultations.

Des propositions de suivi spécifiques aux personnes en situation de handicap devraient pouvoir être proposées au décours des traitements : rythme de consultation particulier, examens spécifiques (mammographie de suivi par exemple), identification en amont des difficultés potentielles dans le suivi médical ou la réinsertion sociale …

Pour les personnes en situation de handicap qui ne sont pas accompagnées par un établissement ou par un service, un travail avec les proches aidants et les tuteurs est à construire afin de les sensibiliser aux spécificités de la prise en charge des personnes concernées avec cancer.

En termes de connaissance, les acteurs suggèrent qu'une approche qualitative serait intéressante en complément des données présentées. Cela permettrait de documenter le vécu des personnes en situation de handicap, de l'entourage, des professionnels… Des éléments sur ce qu'il faut dire, comment le dire, sur la place des différents intervenants (par exemple le tuteur) pourraient être explorés.

En résumé, bien que des avancées aient été réalisées dans la prise en charge des personnes handicapées en oncologie, il reste des défis importants à relever, notamment l'adaptation des soins, l'accessibilité au dépistage, et la formation des professionnels pour mieux répondre aux besoins spécifiques de cette population.

Concertation régionale relative aux personnes en situation de handicap face aux cancers digestifs

La présentation des résultats sur les parcours en cancérologie pour les cancers digestifs des personnes en situation de handicap et les échanges avec les acteurs du groupe de concertation ont permis de mettre en évidence que ces personnes sont sous-dépistées et sous-traitées. Concernant les deux localisations de cancer qui font l'objet de cet entretien : pancréas et colorectal, aucune spécificité n'a été relevée selon le type de cancer.

Les sujets abordés lors de la réunion peuvent être déclinés en cinq thématiques, pour lesquelles ont été identifiés des freins et des leviers d'action possibles.

→ Le manque de connaissances sur le handicap et la situation de la personne

Plusieurs freins ont été mis en avant pour le recours au dépistage : gestes trop invasifs au regard de la situation de handicap, peur d'ajouter un potentiel problème supplémentaire en cas de résultat positif à une personne déjà confrontée à des problèmes de santé. Les acteurs soulignent que les décisions sont souvent prises par les professionnels de santé ou des ESMS ou encore par l'entourage plutôt que par la personne elle-même. Au sujet de la mise en œuvre des traitements, lors des RCP (réunions de concertation pluridisciplinaire), les informations concernant le patient peuvent être manquantes, il arrive qu'aucune décision ne soit prise, ou la mise en place d'un traitement est jugée d'emblée non raisonnable.

Des leviers possibles, évoqués lors du groupe de concertation, sont de sensibiliser les professionnels à la prise en soins des publics vulnérables, en situation de handicap, lutter contre les représentations du handicap avec un constat partagé que les personnes en situation de handicap ont une résistance importante à la douleur et ont envie de se soigner, redonner la place à la décision individuelle de la personne lorsque cela est possible, dialoguer avec le patient pour éviter les situations de non-traitement et fournir en amont le maximum d'informations concernant la personne.

→ Le faible recours à la prévention et au dépistage et l'insuffisance ou le défaut de suivi médical

Pour le recours au dépistage, il existe des freins liés à la mobilité, au type de handicap, aux problèmes de compréhension, à l'accessibilité, etc.

Sur la question des traitements, le constat est celui d'une mauvaise observance des personnes en situation de handicap. Face au manque de moyens humains, les oncologues peuvent se trouver confrontés à choisir les patients pour lesquels un traitement sera mis en place et ce, au détriment des personnes en situation de handicap, pour lesquelles la mise en place d'un traitement est plus complexe : antécédents médicaux, rendez-vous manqués, cumul de difficultés sociales telles que la précarité, l'isolement, en particulier pour les personnes handicapées vivant à domicile, souvent éloignées du soin, sans médecin traitant, sans soutien ou en refus d'aide.

En termes de leviers, la prévention est importante, la balance bénéfice-risque étant largement en faveur du dépistage. L'amélioration du lien ville-hôpital, notamment *via* les CPTS, le contact avec le médecin traitant, une évaluation de la situation globale du patient dès le départ, et notamment un bilan social avec un dépistage des fragilités, sont autant de mesures susceptibles d'améliorer les parcours de ces personnes. La personne pourrait être adressée à un « oncohandicap » comme cela existe pour les personnes âgées, avec l'oncogériatre. Un réseau « sentinelles » d'acteurs de proximité pourrait repérer et accompagner les personnes en difficulté.

→ Les difficultés de mise en œuvre du traitement

Du fait de l'interaction possible entre des problèmes de santé chez les personnes en situation de handicap et les traitements, ceux-ci peuvent ne pas leur être proposés, entrainant une perte de chance. De plus, en cours de traitement, des difficultés peuvent être rencontrées par les familles et les médecins traitants. Les patients ont aussi du mal à comprendre leur suivi médical.

Différentes pistes ont été suggérées : évaluer le bénéfice du traitement attendu, adapter le mieux possible le traitement aux personnes, leur expliquer ce qui est fait, diffuser les documents SantéBD, accompagner les personnes aux rendez-vous médicaux notamment par un professionnel (par exemple, éducateur, aide-soignant pouvant aller jusqu'au bloc) qui pourra "traduire" le langage des professionnels de santé, laisser du temps au patient pour la réflexion et la discussion.

→ Le manque de moyens humains et de compétences spécifiques pour la prise en charge des cas complexes

Les prises en charge sont différentes selon le type de handicap et ces patients arrivent avec déjà de nombreuses difficultés. Les médecins ont une méconnaissance du réseau existant et manquent de temps pour apporter des réponses adaptées et coordonnées entre les professionnels. Des situations encore plus complexes sont rencontrées pour les patients atteints de troubles psychiatriques, dans un contexte de pénurie dans le secteur de la psychiatrie, notamment lorsque le handicap est plus ou moins connu et que rien n'a été mis en place auparavant (personne schizophrène par exemple). Ainsi, de plus en plus de dossiers MDPH (maison départementale des personnes handicapées) doivent être remplis par les oncologues eux-mêmes car les médecins traitants ne l'ont pas fait, faute de temps.

Il est également souligné que les parcours de soins sont plus difficiles à suivre pour les patients vivant à domicile (isolement, éloignement géographique, etc.) voire en EANM (établissement d'accueil non médicalisé), comparés

aux personnes vivant en EAM (établissement d'accueil médicalisé) qui bénéficient d'un accompagnement global en interne.

En termes de leviers, la constitution d'une équipe « oncohandicap » (à l'instar de ce qui est fait pour les personnes âgées) permettrait d'évaluer la faisabilité de la mise en place de tel traitement, une personne dédiée à l'hôpital (infirmière de parcours par exemple) permettrait d'orienter les patients vers le bon interlocuteur ou pourrait contacter les DAC (dispositifs d'appui à la coordination, instaurés par la loi relative à l'organisation et à la transformation du système de santé du 24 juillet 2019), la création d'hôpitaux de jour de soins de support en oncologie pourrait permettre une prise en charge globale du patient. Le souhait est formulé d'une collaboration avec les professionnels de la santé mentale. En l'absence de psychiatre référent, la montée en compétence des médecins sur la prise en charge des patients présentant des troubles psychiatriques serait utile. L'élaboration d'un guide à destination des professionnels de santé sur comment remplir un dossier MDPH faciliterait cette démarche. De même, il est important de développer les collaborations avec les DAC, qui ont une convention avec les MDPH et dont le rôle est d'améliorer la coordination des parcours de santé complexes. Enfin, il serait opportun de favoriser le déploiement du dispositif Handisoins sur l'ensemble du territoire, de mettre en place des centres de ressources territoriaux (CRT) et de doter les établissements d'un référent handicap.

→ La problématique des patients vivant à domicile, notamment en situation de précarité

Les difficultés de ces patients pour se rendre aux rendez-vous médicaux peuvent entraîner une rupture de soins, accentuée par le fait que les médecins généralistes ne font plus de visites à domicile. En outre, plusieurs facteurs peuvent amener l'équipe médicale à décider "de ne rien faire" si le patient vit à domicile car sa prise en charge, si elle n'est pas encadrée, pourrait s'avérer dangereuse pour lui-même, tels que : les antécédents médicaux du patient (démence, agitation, etc.) un logement précaire, le manque de place en hospitalisation ou encore le fait que la prise en charge en HAD (hospitalisation à domicile) ne soit pas suffisante pour assurer la sécurité permanente du patient, tant la prise en charge est délicate.

Aussi, il serait souhaitable d'encourager le transport solidaire et le développement du tissu associatif, de favoriser l'ETP (éducation thérapeutique du patient) à domicile et l'accès à des professionnels de proximité (infirmière libérale, pharmacien) et notamment des infirmières en pratique avancée en zone rurale qui se déplacent à domicile. L'accès à des hôpitaux de proximité, avec de plus petites équipes, est aussi plus rassurant pour les patients, et permet de fluidifier les parcours. Enfin, réinstaurer la possibilité d'une hospitalisation le temps du traitement, même si celui-ci pourrait être réalisé à domicile en temps normal, serait plus adapté pour ces personnes.

En résumé, deux problématiques majeures relevant des parcours de soins des personnes en situation de handicap sont pointées :

- Le **dépistage** avec des freins identifiés mais qui s'avère primordial afin de pouvoir détecter un cancer à un stade où il est traitable facilement ;
- Le **traitement** avec la question de la balance bénéfice-risque : la décision médicale de ne pas entreprendre tel ou tel traitement est-elle prise pour des raisons objectives ou subjectives ? Le cas échéant, quelle est la part de cette subjectivité et comment y remédier ? Le consentement du patient est-il libre et éclairé ?

  La prise en soins s'avère d'autant plus difficile qu'elle devra être adaptée en fonction du handicap et en raison du manque de moyens au sein des hôpitaux.

  La complexité de la prise en soins des personnes en situation de handicap est accrue chez les personnes vivant à domicile qui n'ont pas d'accompagnement, à la différence des personnes vivant en établissement médicalisé et qui, *a fortiori*, sont éloignées géographiquement des structures de soins. Ces personnes sont d'autant plus fragilisées qu'elles accumulent bien souvent toutes sortes de difficultés liées à la précarité. À ce sujet, l'ARS Nouvelle-Aquitaine a mis en place un groupe de travail précarité/handicap/cancer.

Parmi les nombreux leviers d'actions évoqués, la mise en place d'équipes « oncohandicap » sur le modèle des équipes en oncogériatrie apparait comme essentielle pour favoriser une meilleure évaluation et orientation des patients en situation complexe vers les ressources adéquates et ce, dans les meilleurs délais possibles.

2. Personnes âgées en établissement

Lors de la présentation du diaporama sur les parcours en cancérologie des personnes âgées, les acteurs ont été invités à réagir sur les résultats et à témoigner de leur expérience de l'accompagnement des personnes âgées.

Des freins dans les parcours en cancérologie ont été soulevés par les acteurs :

→ La problématique de l'accès aux soins, compliqué pour différentes raisons

Les acteurs ont soulevé les difficultés d'accès aux soins des personnes âgées qui peuvent être liées aux représentations de la supposée fragilité des personnes âgées, fragilité à la fois perçue comme telle par les personnes âgées elles-mêmes, leurs familles, mais aussi par les soignants.

Ces difficultés d'accès aux soins sont aussi liées à une éventuelle absence de médecin traitant, rendant difficile le suivi de la santé des personnes âgées. De plus, l'isolement dans lequel peuvent se trouver certaines personnes âgées ajoute une difficulté pour accéder à des soins, agissant sur différents niveaux, accès à l'information, organisation des rendez-vous, difficultés à se rendre aux cabinets ou à l'hôpital, suivi régulier de sa santé, etc.

L'ensemble de ces difficultés font que tous les patients âgés n'accèdent pas nécessairement à une consultation avec un oncologue, alors qu'elles en auraient besoin.

Le diagnostic de cancer est généralement plus tardif pour les personnes âgées en établissement, les personnes (usagers et professionnels) attendant plus longtemps avant d'agir, et il est plus souvent réalisé en urgence. Ce diagnostic plus tardif chez les personnes de 75 ans ou plus est aussi lié au fait que les dépistages organisés s'arrêtent à 75 ans. De plus, un moindre recours à des examens approfondis est évoqué, soit en raison de la situation en établissement, soit à cause de contre-indications liées aux comorbidités. Ainsi, il y a une crainte à réaliser des explorations fonctionnelles (par exemple, la coloscopie).

L'oncogériatre, surtout hospitalo-centré, a pour mission de dépister, d'évaluer et de prendre en charge les patients touchés par un cancer. Mais cela n'est possible que pour les patients déjà entrés dans la filière. En outre, la collaboration est compliquée avec la médecine de ville, premiers professionnels consultés par les personnes âgées.

→ La question des traitements, pas toujours optimisés pour les personnes âgées

Pour tous les cancers, sauf pour le cancer du pancréas, très compliqué, il existe un « sous-traitement » des patients âgés : des traitements ne sont pas nécessairement mis en œuvre pour ces patients alors qu'ils le seraient pour une autre population à diagnostic comparable, car la population des personnes âgées est dite « fragile », du fait de leur âge, des comorbidités, de leur situation gériatrique lorsqu'ils sont en établissement social ou médico-social (ESMS). Cette fragilité n'est toutefois pas évaluée objectivement.

Pour le cancer du poumon, le traitement est surtout thérapeutique : il sert surtout à améliorer les conditions de vie tandis que l'espérance de vie n'augmente pas toujours.

S'il existe peu de diagnostic pour le cancer du côlon, en cas de diagnostic positif, seuls 50 % des personnes reçoivent un traitement. Le traitement est en effet souvent perçu comme inutile : il est difficile de démontrer que la chimiothérapie est un plus pour les personnes âgées.

Pour les personnes âgées vivant en Ehpad, les professionnels soulignent qu'il est compliqué de soigner les patients GIR1 et 2 (c'est-à-dire les personnes en grande perte d'autonomie ayant besoin d'une présence permanente). Les professionnels ont fait part de refus de soins, à l'exception des soins urgents, du fait de priorisations à faire en raison de la forte demande dans les services, l'âge était un premier facteur discriminant et la dépendance étant le principal frein. Les personnes âgées en établissement n'étaient ainsi pas prioritaires. Les transports sont à organiser et les patients doivent être accompagnés, ce qui ajoute de la complexité à leur parcours de soins. De plus, la perte cognitive que subissent ces personnes altère leur niveau de compréhension de la maladie et les professionnels font preuve de prudence pour mettre en œuvre des traitements s'ils ne sont pas sûrs que la maladie et les traitements proposés soient bien compris par les personnes concernées. D'un point de vue thérapeutique, les risques liés à l'anesthésie sont accrus en cas d'intervention chirurgicale.

Pour le cancer du sein toutefois, la mise sous traitements semble plus simple du fait de l'existence d'un panel de traitements mobilisables.

La mise sous traitements est ainsi, pour les personnes âgées, conditionnée à leur âge, leur lieu de vie, leur niveau de compréhension.

Une autre difficulté pour l'accès aux traitements des personnes âgées en établissement est le constat que les médecins, même les plus jeunes, ne sont pas suffisamment informés sur les traitements possibles. D'autres part, peu d'études cliniques sont réalisées sur un public âgé, ce qui limite l'accès à l'innovation pour ces personnes.

→ Des remarques sur les indicateurs présentés pouvant nuancer les constats et le souhait d'autres indicateurs

Les acteurs du groupe de concertation ont souligné que l'indicateur de mortalité est frustrant car il est difficile de distinguer les décès directement liés au cancer des décès toutes causes confondues.

De plus, pour ce qui concerne le devenir du patient, au-delà de la présence du cancer, les indicateurs présentés ne permettent pas de savoir s'il existait une fragilité préalable. Ils notent qu'il y a de plus en plus de comorbidités, entraînant des risques de chute, de dépendance accrue (GIR 1 ou 2), et que les Ehpad sont de plus en plus centrés sur les soins palliatifs. L'épidémie de covid-19 a accentué la morbidité et la mortalité dans les établissements.

Les acteurs précisent, pour le cancer du pancréas, que les patients sont dans un état de santé plus dégradé, donc sont peut-être plus souvent en Ehpad.

Les acteurs évoquent par ailleurs les difficultés à chiffrer les soins palliatifs en ville, du fait de l'absence de thérapeutique, contrairement aux soins palliatifs en hôpital dont des services sont dédiés à cela.

→ Des leviers pour améliorer les parcours en cancérologie des personnes âgées

Les échanges ont permis d'identifier les leviers suivants :

- Pour le dépistage, au-delà de l'âge du patient, il semble plus important de tenir compte de la fragilité « réelle » de la personne au regard des comorbidités,
- La prévention doit être renforcée, en particulier en s'appuyant sur les médecins traitants qui connaissent bien leurs patients,
- Informer et former les professionnels des Ehpad à repérer certains symptômes qui peuvent être évocateurs de la présence de cancers,
- Sensibiliser le personnel soignant à l'importance et à l'utilité de soigner les personnes les plus âgées,
- Sensibiliser les professionnels de santé sur l'importance de s'appuyer sur les recommandations existantes (protocoles en fonction de la personne à traiter, de sa fragilité, de ses comorbidités, de ses antécédents, etc.), notamment pour le cancer du côlon-rectum, qui sont insuffisamment mises en œuvre,
- Lever les représentations sur la « fragilité » des personnes âgées face aux soins, auprès des personnes concernées et de leurs familles, par exemple *via* les associations de patients,
- L'inclusion des personnes âgées dans les essais cliniques pour la mise en place de nouveaux traitements reste insuffisante, réduisant ainsi l'accès aux traitements innovants et aux protocoles adaptés à cette population,
- Les problématiques des délais d'accès à l'imagerie constituent un enjeu dans la prise en charge initiale des cancers du pancréas, impactant le diagnostic précoce et l'orientation thérapeutique des patients.

3. Personnes en situation de précarité

Les acteurs ont été invités à réagir sur les résultats présentés comparant les personnes en situation de précarité (bénéficiaires de la C2S) *versus* celles qui n'étaient pas en situation de précarité, pour les différentes étapes du parcours en cancérologie, dépistage, diagnostic, traitement et devenir.

Les acteurs soulignent le fait que les résultats présentés permettent d'objectiver des constats qui sont faits sur le terrain, du retard de l'accès aux soins des personnes en situation de précarité.

Le constat le plus marquant est le stade avancé des cancers qui a des impacts sur toute la suite du parcours, traitement et devenir.

→ La sensibilisation et l'accès au dépistage, un axe-clé pour améliorer les parcours en cancérologie des populations en situation de précarité

Les indicateurs plus défavorables chez les personnes en situation de précarité sont clairement liés à une absence de dépistage des cancers qui peuvent faire l'objet d'un dépistage, le cancer du sein et colorectal dans les résultats présentés ici. Ainsi, le recours à la chimiothérapie ou la réalisation d'une mastectomie totale pour le cancer du sein, la chirurgie en urgence pour le cancer colorectal sont révélateurs d'un diagnostic tardif, découlant d'un défaut de dépistage. Quant au cancer du pancréas, il est très différent, plus compliqué à dépister, malheureusement déjà symptomatique lorsque le diagnostic est fait, et les résultats ne diffèrent que très peu entre les populations en situation de précarité et les autres.

Les acteurs soulèvent de nombreuses difficultés pour cette absence de dépistage, notamment :

- le dépistage des cancers, et la santé en général, n'est pas une priorité pour les populations précaires, les questions de santé en général passent derrière les préoccupations liées au logement, aux revenus, à l'alimentation, à la situation administrative.
- une faible littératie en santé, qui fait que les personnes ne comprennent pas toujours l'intérêt des dépistages, de la mammographie par exemple,
- des représentations autour du cancer, de la mammographie, qui font peur et suscitent des croyances, comme par exemple la mammographie qui provoquerait le cancer,
- une difficulté de compréhension des courriers de l'Assurance maladie invitant au dépistage,
- l'absence de médecin traitant : dans les quartiers défavorisés, le maillage des professionnels de santé de 1ère ligne est insuffisant pour permettre aux personnes d'avoir un médecin traitant qui suit au long cours les parcours de santé des personnes. Cela a des impacts négatifs sur le dépistage : explications et incitation à participer aux programmes de dépistages organisés ou à aller faire des examens spécifiques de dépistages lorsque les premiers symptômes apparaissent,

Les projets de sensibilisation sont de plus en plus nombreux et dans une dynamique « d'aller-vers » le public vulnérable, notamment dans le cadre d'Octobre Rose pour le cancer du sein. Mais il faudrait décupler ces actions tout au long de l'année et dans tous les lieux où se rend cette population : aux abords des écoles, pour toucher les jeunes mamans et indirectement les femmes plus âgées (grand-mères), dans les centres commerciaux, sur les marchés, dans les maisons de quartier, dans les cours de français pour les personnes étrangères, dans les associations d'accompagnement professionnel, tous les lieux où les personnes se rendent, vont chercher de l'aide.

Les acteurs soulignent aussi l'importance que des professionnels de santé soient présents dans cette démarche « d'aller-vers », tels que des gynécologues, des sage-femmes, des conseillères conjugales également, etc. qui puissent porter cette parole.
Un autre élément mis en avant dans cette sensibilisation est l'importance de faire le plus simple possible, en leur expliquant de manière facile pour qu'elles puissent s'approprier l'information donnée.

En complément de la dynamique « d'aller-vers » les lieux publics (commerces…), il serait aussi pertinent d'aller vers les personnes accueillies dans les établissements d'hébergement et d'accompagnement social où une population « captive » est directement accessible. L'amélioration est ainsi possible en s'appuyant sur le réseau professionnel existant. Il faut passer la barrière de la connaissance de l'intérêt du dépistage : représentations ancrées/ à déconstruire, craintes. Le sujet qui reste difficile à aborder.

→ Des parcours de soins plus complexes pour ces populations, aux impacts multiples sur la qualité de vie

L'arrivée à des stades avancés ne permet pas une prise en charge vers la guérison mais l'objectif va être surtout d'accompagner et de gagner du temps de survie. Ces patients sont pris dans une boucle de la vulnérabilité. Déjà vulnérables, la maladie va les rendre encore plus vulnérables, par la douleur, la fatigabilité, le recours aux soins sera moindre, ce qui compliquera à nouveau le traitement de la maladie et son devenir. Sauf s'ils sont hospitalisés de suite, ce qui n'est pas toujours le cas.

Tous les acteurs évoquent l'importance de la barrière de la langue qui a un impact sur les proches : déscolarisation des enfants/adolescents/étudiants qui accompagnent leurs parents aux divers rendez-vous médicaux, impact psychologique de ces jeunes d'être pris dans la maladie de leurs parents.

Le faible maillage de médecins traitants a aussi des impacts sur le parcours de soins. La lourdeur des soins suppose d'avoir des interlocuteurs de confiance pour garantir la continuité des soins et l'observance des traitements : explications, incitations, accompagnement des effets secondaires…

Spécificité des familles monoparentales : les femmes ont la charge de toute une famille et vont être dans le déni de la douleur, de symptômes, ce qui va aggraver leur recours aux soins. Lorsque les soins sont nécessaires, les enfants deviennent des aidants en l'absence d'un entourage pouvant assumer ce rôle.

Sont aussi à prendre en considération :

- Importance du mal logement – changement du lieu de résidence pour l'observance des soins.
- Coûts de déplacements et difficultés de se déplacer (voire peur pour les personnes sans papiers).
- Accompagnements de soutien/psychologique peu accessibles.
- Des filières semblent se dessiner suivant la solvabilité des personnes (notamment accrue pour les personnes bénéficiant de l'AME). Des critères « de rentabilité » semblent de plus en plus présents.

→ Retours d'expériences de deux structures sociales/médico-sociales accueillant des personnes en situation de précarité

- Développement de projets de prévention/promotion de la santé comprenant des actions comme la proposition d'un bilan de santé dans les centres agréés par la Cpam au moment de l'accueil dans la structure pour les personnes à droit complet, ainsi que d'autres actions permettant aux personnes de parler plus souvent de santé et prendre conscience de l'importance de la santé.
- Formation des travailleurs sociaux sur des thématiques (alimentation, addictions...), pas encore sur le dépistage des cancers. Vigilance à ce que tous les sujets ne soient pas portés par les travailleurs sociaux, mais plutôt de développer des logiques de partenariats avec des acteurs experts.
- Mise en garde sur les problématiques de financement des établissements d'hébergement et d'accompagnement social des personnes précaires : pas de financement automatique permettant le recrutement de professionnels de santé (infirmiers…) pouvant porter ces projets de prévention et de suivi santé. La dynamique actuelle de création d'équipes mobiles n'est pas à la hauteur des besoins de la population sur un territoire comme l'Île-de-France.

→ Zoom sur la population spécifique des personnes bénéficiant de l'AME

Certains acteurs du groupe de concertation travaillent en lien avec des personnes en situation de grande précarité et ont évoqué ce public qui cumule les difficultés :

- Elles ne sont pas concernées / invitées aux dépistages organisés des cancers ;
- Les acteurs font état de témoignages autour des refus de soins qui semblent être de plus en plus fréquents – refus de dispositif de soins urgents et vitaux (DSUV), dispositifs à l'attention des personnes étrangères en situation irrégulière – notamment à partir du moment où il n'y a pas de traitement curatif, les refus sont fréquents, y compris pour les cancers pédiatriques. Une alerte au Défenseur des droits a été faite.

→ Les leviers qui ont pu être identifiés au cours de ce groupe de concertation sont les suivants :

- Renforcer les dynamiques d' « aller-vers » pour sensibiliser à la santé, au dépistage des cancers ;
- S'appuyer sur les coordonnateurs des CLS (contrats locaux de santé), des ateliers santé-ville lorsqu'il y en a, de par leur bonne connaissance des associations, y compris communautaires, des acteurs du territoire. Le travail avec les CPTS est une piste que les acteurs veulent développer, pour améliorer l'organisation des parcours de soins, le recours aux soins. Les CPTS sont actuellement en développement. L'amélioration du lien ville-hôpital est aussi un levier important pour permettre aux professionnels de ville d'orienter vers les professionnels qu'ils connaissent.

- Travailler sur une approche globale de la santé en prenant en compte les déterminants de la santé (notamment les questions de logement, d'alimentation) et les problématiques présentes (relations avec les autres, éloignement, parcours traumatique, etc.).
- S'appuyer sur la pair-aidance : des femmes ayant vécu un cancer peuvent, avec les professionnels de santé, sensibiliser le public au dépistage des cancers, qui vont essayer d'orienter les femmes sur les lieux ressources.
- Développer la connaissance de dispositifs d'interprétariat présents dans certains hôpitaux, développer ces dispositifs, y compris l'interprétariat par téléphone.
- En termes de connaissances, les résultats présentés ont fortement intéressé les acteurs. Certains ont formulé le souhait de disposer de ce type de données sur les populations bénéficiaires de l'AME.

Synthèse - Conclusion

En 2021, dans le cadre d'une étude portée par l'ANCREAI avec le soutien de la Firah, quatre ORS et la Fnors ont réalisé un travail sur l'accès au dépistage des cancers pour les personnes en situation de handicap. Les résultats de cette étude, centrée sur trois localisations cancéreuses pour lesquelles il existe un dépistage organisé (sein, côlon-rectum, col de l'utérus), ont montré des écarts importants de recours au dépistage entre la population générale et les personnes en situation de handicap et ce, à la défaveur de ces dernières.

Dans la continuité de ce premier travail et en s'inscrivant dans la feuille de route 2021-2025 de la stratégie décennale de lutte contre les cancers, qui vise à cibler certains groupes de population pour mieux lutter contre les inégalités, la Fnors et les ORS ont mené cette étude exploratoire couvrant de manière plus large les populations en situation de vulnérabilité et leur parcours en cancérologie.

Ce travail a pour objectif de caractériser les différentes étapes du parcours de soins en cancérologie des personnes vulnérables : situation de handicap, invalidité ou inaptitude, bénéficiaires de la C2S et personnes âgées en établissement. Dans la suite de la dynamique initiée en 2021, les travaux ont porté sur quatre régions : Centre-Val de Loire, Île-de-France, Nouvelle-Aquitaine et Occitanie.

Réalisé en plusieurs phases :

- un premier temps d'analyse des parcours de soins de ces populations au travers du SNDS ;
- un second temps de confrontation/concertation de ces résultats aux réalités observées par les acteurs de terrain, en collaboration avec l'ANCREAI et les CREAI des territoires concernés.

Ce travail donne à voir les caractéristiques des parcours en cancérologie des trois populations vulnérables au regard de la population générale, illustre les inégalités tout en apportant des éclairages sur des leviers d'action concrets pour que la lutte contre les cancers puisse bénéficier à tous.

Cette étude s'inscrit dans un programme de travail plus large, mené par la Fnors et les ORS, autour des inégalités et situations de vulnérabilité face aux cancers :

- un axe 1 consacré aux parcours de soins en cancérologie au prisme des vulnérabilités territoriales ;
- un axe 2, objet de ce rapport, centré sur une approche populationnelle.

Dans ce cadre, les travaux d'identification des localisations cancéreuses, de construction des cohortes et des indicateurs de parcours ont été mutualisés entre les deux axes.

Les localisations cancéreuses prises en compte

L'ensemble des cancers forme un groupe très hétérogène de pathologies sur lesquelles les déterminants sociodémographiques, environnementaux et d'accès aux soins peuvent avoir des effets très variés. Ainsi, identifier les localisations cancéreuses potentiellement les plus influencées par ces inégalités, avec une répercussion sur les parcours de soins, constituait une étape importante de cette étude.

Initialement, nous avions envisagé de travailler sur les quatre localisations cancéreuses les plus fréquentes en France — les cancers du sein, du poumon, de la prostate et colorectal. Une ou deux autres localisations auraient pu être ajoutées, sous réserve d'un nombre de cas suffisant, en ciblant plus particulièrement le cancer du col de l'utérus et les cancers des voies aéro-digestives supérieures. Cette sélection avait permis de s'inscrire, en partie, dans la continuité et en complémentarité des travaux engagés en 2021 tout en offrant la possibilité d'une approche différenciée selon le sexe pour les travaux de l'axe 1.

Le travail préliminaire sur le choix des localisations a conduit à élargir les critères initialement prévus. Aux critères de nombre de personnes concernées et de dynamique d'évolution de chaque localisation cancéreuse au cours des dernières années, nous avons ajouté des critères relatifs à la létalité des cancers et son évolution, aux décès précoces, à la disponibilité d'estimations départementales de l'incidence de qualité satisfaisante et à leur variabilité entre départements, à l'existence d'indicateurs validés sur la qualité des soins permettant d'identifier

des étapes du parcours, ainsi qu'à l'existence d'un dépistage organisé ou d'examens permettant un diagnostic précoce.

Une liste de localisations cancéreuses a ainsi été établie selon ces critères :

- Foie, pancréas, poumon, colon-rectum et lèvre-bouche-pharynx[25] pour les hommes ;
- Poumon, côlon-rectum, sein, pancréas et lèvre-bouche-pharynx pour les femmes.

Deux localisations ont été écartées : les cancers primitifs du foie, en raison de la difficulté à les identifier dans les bases médico-administratives et de leur incidence insuffisante pour des analyses à un niveau géographique fin, et les cancers de la lèvre-bouche-pharynx, en raison de leur hétérogénéité en termes de types de tumeurs et de schémas thérapeutiques trop variés pour analyser les parcours de manière globale. L'absence de guides d'indicateurs validés sur la qualité des soins pour le cancer du poumon a également conduit à écarter cette localisation dans le cadre de ce travail.

Ce processus a montré que certaines localisations, initialement jugées pertinentes pour répondre à l'objectif, ont été écartées. C'est le cas, par exemple, du cancer de la prostate, dont les données disponibles présentaient peu de variabilité interdépartementale de l'incidence et une létalité à un âge élevé sans évolution défavorable, laissant supposer un impact limité des actions différenciées de prévention primaire ou secondaire à un niveau local. Le cancer du col de l'utérus a également été exclu en raison de la difficulté à le distinguer du cancer du corps de l'utérus dans les bases médico-administratives, ainsi que du faible nombre de critères remplis (uniquement la létalité à un âge précoce et l'existence d'un dépistage organisé).

D'autres localisations, potentiellement intéressantes au départ, ont été écartées en raison de leur hétérogénéité ou de l'absence de guides d'indicateurs validés, comme les cancers des voies aéro-digestives supérieures et le cancer du poumon, présents dans la liste initiale, ou encore le cancer primitif du foie. À l'inverse, un cancer non initialement envisagé, le cancer du pancréas, a été ajouté au cours de ce processus de sélection, soulignant l'importance d'avoir développé une procédure permettant d'examiner l'ensemble des localisations cancéreuses.

Finalement, trois localisations ont été retenues : le cancer du sein, le cancer colorectal et le cancer du pancréas.

Les effectifs des trois populations vulnérables considérées dans les régions ciblées par cette étude étant parfois faibles, il a été choisi de traiter les localisations cancéreuses retenues tous sexes confondus (à l'exception du cancer du sein) afin de disposer d'indicateurs plus robustes.

La construction des cohortes et des indicateurs de parcours

Le Système national des données de santé (SNDS) a été mobilisé pour constituer la population d'étude et construire les indicateurs de parcours à prendre en compte. L'accès permanent au SNDS dont bénéficient les ORS, et qui a été utilisé pour cette étude, permet de disposer d'une profondeur historique de neuf ans (plus l'année en cours).

L'objectif était de disposer de cohortes de personnes atteintes de cancer les plus importantes possibles, afin de s'assurer de la disponibilité et de la robustesse des indicateurs de parcours. Il était également nécessaire de disposer de données sur les personnes en amont du diagnostic de la pathologie étudiée, afin d'identifier des actes de dépistage antérieurs à celui-ci et de s'assurer qu'il s'agissait bien de personnes présentant un « nouveau cancer » (élimination des situations avec cancer préexistant de même localisation ou d'une autre localisation). En miroir, il était également nécessaire de disposer d'un temps de suivi après diagnostic suffisant pour documenter les différentes étapes du parcours et apprécier le devenir des personnes après diagnostic et traitement.

La construction des populations d'étude a été réalisée en 2024, à un moment où les données 2023 étaient consolidées dans les différentes bases du SNDS mobilisées (DCIR et PMSI MCO). Nous avons choisi de cumuler les nouveaux cancers survenus sur une période de cinq ans, avec, d'une part, une période d'au moins trois ans en amont pour identifier les actes de dépistage et éliminer les situations de cancers préexistants, et d'autre part,

[25] L'ordre dans lequel ces localisations sont présentées correspond au nombre décroissant de critères remplis.

une période d'au moins un an en aval pour le suivi. Ainsi, à partir des données disponibles sur les neuf années couvrant la période 2015-2023, les cohortes ont été construites comme suit :

- 2015 à 2017 : période amont,
- 2018 à 2022 : période d'inclusion des cas,
- 2023 : période de suivi.

Les trois cohortes ont donc été constituées de la façon suivante :

- Personnes ayant reçu un nouveau diagnostic de cancer du sein entre le 1er janvier 2018 et le 31 décembre 2022, et ayant bénéficié d'un traitement ;
- Personnes ayant reçu un nouveau diagnostic de cancer colorectal entre le 1er janvier 2018 et le 31 décembre 2022
- Pour la cohorte « cancer du pancréas », compte tenu des spécificités de ce type de cancer et de sa forte létalité dans les mois suivant le diagnostic, la notion de traitement n'a pas été retenue dans les critères d'inclusion.

La constitution des cohortes a été réalisée en croisant les informations sur les entrées en ALD pour tumeur, pour l'une ou l'autre des localisations étudiées, et les hospitalisations mentionnant ces mêmes localisations dans les diagnostics renseignés, que ces hospitalisations aient eu lieu en MCO, en SSR ou en HAD. La taille des cohortes obtenues a été comparée aux données disponibles dans différentes sources (cartographie des pathologies de la Caisse nationale d'assurance-maladie (Cnam), données de l'INCa, etc.).

Une fois exclues les personnes dont le domicile n'était pas précisé, les cohortes obtenues représentaient près de 300 000 personnes pour le cancer du sein, plus de 210 000 pour le cancer colorectal, et environ 82 000 pour le cancer du pancréas.

Concernant les indicateurs de parcours, leur identification s'est faite en rassemblant les éléments déjà disponibles au travers des Indicateurs de qualité et de sécurité des soins dans les établissements de santé (IQSS), mais aussi des algorithmes utilisés par les ORS dans leurs travaux régionaux, ainsi qu'au travers de la cartographie des pathologies et des dépenses produite par la Cnam. Cela a abouti à une première liste d'indicateurs ordonnés selon quatre temps : le dépistage (sauf pour le cancer du pancréas), le diagnostic, le traitement et le devenir. Cette liste a ensuite été discutée avec des spécialistes en oncologie afin de déterminer lesquels étaient les plus pertinents pour illustrer les parcours en cancérologie.

À l'issue de ce processus, douze indicateurs de parcours ont été retenus pour le cancer du sein, quatorze pour le cancer colorectal et neuf pour le cancer du pancréas.

L'identification des populations vulnérables

Le repérage des personnes en situation de vulnérabilité a été réalisé à partir :

- De variables liées aux droits ouverts pour les personnes en situation de handicap et les personnes en situation de précarité ;
- De la table des bénéficiaires en établissements médico-sociaux pour les personnes âgées en établissement et les personnes en situation de handicap.

Pour les personnes en situation de handicap, au regard de l'étude menée en 2021, les variables d'identification ont été élargies afin de couvrir plus amplement l'hétérogénéité de cette population et les éventuelles ruptures/changement de droits selon les évènements de la vie (inactivité professionnelle, retraite, etc.). Ainsi, ont été repérées les personnes bénéficiaires d'une allocation adulte handicapé (AAH), d'une pension d'invalidité de catégorie 3 et d'une exonération du ticket modérateur au titre de l'invalidité. Les personnes prises en charge dans un établissement ou service médico-social du secteur handicap ont également été intégrées dans la population d'étude. L'appariement avec les trois cohortes (cancer du sein, cancer du côlon-rectum et cancer du pancréas) ont permis d'identifier les personnes en situation de vulnérabilité dans chacune d'entre elles : 1,6 % pour les cancers du sein et du côlon-rectum et 1,7% pour le cancer du pancréas.

Pour les personnes âgées vivant en établissement, le référentiel des résidents en établissements médico-sociaux, mis à disposition peu de temps avant le lancement de l'étude, a permis d'identifier les résidents pour les catégories d'établissements ciblés (Ehpad, USLD, maisons de retraite, résidences autonomie). Pour cette population, bien que le critère principal soit le fait d'être dans un établissement pour personnes âgées, il a été convenu de fixer un seuil d'âge à 75 ans, notamment en lien avec la construction des indicateurs. Ainsi, après appariement avec les trois cohortes, bien que les personnes âgées de 75 ans et plus représentent des parts importantes (près de 20 % dans la cohorte cancer du sein, près d'un tiers dans la cohorte cancer côlon-rectum et environ 45 % dans la cohorte cancer du pancréas), celles vivant en établissement représentent moins de 1 % dans les cohortes sein et côlon-rectum et 1,7 % pour la cohorte cancer du pancréas.

Enfin, les personnes en situation de précarité peuvent être identifiées au travers de différents droits : la complémentaire santé solidarité (C2S), l'aide médicale d'Etat (AME). Les exploitations réalisées ont montré que l'AME allait être plus difficile à utiliser dans le cadre de notre étude car la moitié des bénéficiaires est enregistrée en Île-de-France et les effectifs dans les trois autres régions d'intérêt sont trop faibles avant même d'être appariés aux cohortes cancer. L'identification des personnes en situation de précarité dans les trois cohortes a donc été réalisée à partir de la C2S, celles-ci représentent dans chacune des cohortes environ 6 % des personnes touchées par un cancer.

En complément, la structure démographique de chacune de ces populations a été comparée à celle de la population générale à partir des variables sexe et âge disponibles dans le SNDS.

Les groupes de concertation

Afin de mettre en perspective les indicateurs produits à partir du SNDS, des groupes de concertation avec les acteurs de terrain ont été réalisés. Dans une volonté de s'inscrire dans la continuité du travail initié en 2021, ces groupes ont été réalisés conjointement par les ORS et les CREAI des régions concernées.

Ainsi, les indicateurs de parcours ont été présentés aux acteurs de terrain *via* 4 groupes de concertations à raison d'un groupe par population vulnérable, à l'exception des personnes en situation de handicap qui ont été scindées en deux groupes (un sur les cancers digestifs, pancréas et côlon-rectum, et un sur le cancer du sein).

Les groupes de concertation ont permis de mobiliser chacun près de 30 personnes : professionnels de santé et acteurs en lien avec les populations ciblées sur quatre territoires.

Le parcours en cancérologie des personnes en situation de handicap

Les personnes en situation de handicap touchées par un cancer sont plus jeunes que la population non PSH avec des écarts d'âge marqués selon la localisation cancéreuse : de l'ordre de 6 ans pour le cancer du sein (56 ans *versus* 62,3 ans) et allant jusqu'à 10 ans et plus pour les cancers du côlon-rectum (58,6 ans *versus* 68,5 ans) et du pancréas (59,5 ans *versus* 72,7 ans). Par ailleurs, la proportion d'hommes est légèrement plus élevée pour ces deux dernières localisations.

Le recours au dépistage est moins fréquent chez les personnes en situation de handicap. Pour le cancer du sein, les femmes en situation de handicap ont moins souvent bénéficié d'une mammographie ou d'une biopsie dans les mois précédant le traitement. La même tendance est observée pour le dépistage du cancer colorectal. Lors du diagnostic de ces cancers, les formes les plus graves sont plus fréquentes pour le cancer du sein et légèrement supérieures (sans être significatives) pour les cancers du côlon-rectum et du pancréas.

Lors des groupes de concertation, ces résultats ont été confrontés aux réalités vécues par les personnes en situation de handicap, les professionnels de santé et acteurs concernés. Plusieurs leviers d'amélioration de l'accès au dépistage ont été évoqués et s'articulent autour de deux axes principaux. Un premier axe autour de l'accessibilité : adaptation des courriers d'invitation pour une meilleure compréhension, et accessibilité physique des locaux. Un second axe autour de l'adaptation des équipements : mise à disposition de matériel technique adapté à tous les types de handicap pour la réalisation des actes de dépistage.

Pour ce qui est du traitement du cancer du sein, la prise en charge des personnes en situation de handicap ne diffère pas des personnes non PSH pour l'hormonothérapie et la chimiothérapie. En revanche, la chirurgie conservatrice et la radiothérapie sont moins fréquentes chez les patientes PSH alors que la mastectomie est plus souvent pratiquée. Par ailleurs, les patientes PSH sont moins nombreuses à avoir bénéficié d'une reconstruction mammaire après mastectomie totale ou partielle.

Le traitement du cancer du côlon-rectum chez les personnes en situation de handicap se caractérise par davantage de recours à la chirurgie carcinologique seule et à la chimiothérapie et/ou radiothérapie sans chirurgie avec des différences marquées à l'échelle nationale (parfois pas ou moins marquées pour les quatre régions d'étude). Les traitements associant une chirurgie et un des traitements médicamenteux sont moins fréquents chez les PSH. Pour le cancer colorectal invasif, le parcours chirurgical non urgent est moins fréquent chez les PSH.

Au regard des autres patients, le traitement du cancer du pancréas est marqué par une fréquence plus importante de patients PSH n'ayant eu ni chirurgie ni chimiothérapie (soins palliatifs).

L'accompagnement des personnes en situation de handicap nécessite un temps accru tout au long du traitement : en amont de la consultation pour préparer la personne, lors de la consultation pour prendre en compte son rythme et s'assurer de la bonne compréhension de la pathologie, des traitements et protocoles à suivre. L'implication active de la personne contribue à une meilleure observance du traitement. Dans ce cadre, cela demande aux professionnels de santé de s'organiser pour prévoir des consultations plus longues. Par ailleurs, la participation des proches (familles, aidants, tuteurs) sans se substituer à la personne en situation de handicap, permet d'avoir des appuis/relais pour améliorer le suivi du traitement, surtout lorsque la personne vit à domicile et qu'elle ne dispose pas d'accompagnement par des professionnels.
Par ailleurs, bien souvent, les personnes en situation de handicap présentent des comorbidités associées au cancer pour lesquelles des traitements sont déjà en place et où des interactions avec les traitements des cancers sont possibles. Leur état de santé au moment du diagnostic influence le choix thérapeutique par les professionnels de santé, ce qui peut notamment expliquer le recours moins fréquent à certains traitements.
La sensibilisation des professionnels de santé aux différents types de handicap est un levier central pour mieux répondre aux besoins et améliorer la prise en charge des PSH dès le dépistage et tout au long du traitement.

Pour les personnes en situation de handicap, les mois et années suivant le traitement sont marqués par une évolution moins favorable du cancer : plus de patientes PSH sont concernées par l'apparition de métastases pour le cancer du sein dans les 3 premières années de traitement ; les décès de patients PSH touchés par un cancer colorectal sont plus élevés au cours de la première année de traitement ; quant aux patients touchés par un cancer du pancréas, ils sont plus nombreux à décéder dans les 3 mois suivant le diagnostic. Globalement, la survie à 3 ans des personnes en situation de handicap reste inférieure à celle des autres patients.

Le parcours en cancérologie des personnes âgées en établissement

Pour les trois cohortes de cancer étudiées, les personnes de 75 ans et plus vivant en établissements sont en moyenne plus âgées que les personnes de la même catégorie d'âge vivant à domicile (de l'ordre de 5 ans de plus pour les cancers du sein et du pancréas et de 2 ans de plus pour le cancer colorectal). Par ailleurs, les femmes sont plus représentées que les hommes.

Les personnes âgées de 75 ans et plus ne sont pas incluses dans les programmes de dépistage organisé existants. Or, un diagnostic précoce permettrait des prises en charge et des traitements moins lourds/invasifs. En l'absence de dépistage, la sensibilisation des personnels soignants permettrait de repérer des symptômes évocateurs de cancer.

Pour le cancer du sein, quelle que le soit la gravité au diagnostic, il n'y a pas de différence significative entre les femmes de 75 ans et plus vivant en établissement et celles à domicile. En revanche, pour les cancers colorectal et du pancréas, les diagnostics à un niveau de gravité élevé sont moins fréquents chez les personnes âgées vivant en établissement. Cependant, le recours à la biopsie dans les 12 mois suivant le début du traitement d'un cancer du sein ou le bilan de diagnostic et d'extension complet avant le 1er traitement d'un cancer colorectal sont plus faibles.
Au regard des personnes âgées vivant hors établissement, les traitements de ces cancers pour les personnes âgées vivant en établissement se caractérisent par un recours moins important aux traitements médicamenteux

et de radiothérapie et sont plus fréquemment orientés vers des soins palliatifs (pour les cancers du sein et du pancréas). Pour le cancer du sein, la chirurgie conservatrice au cours de la 1ère année de traitement est moins fréquente chez les personnes vivant en établissement et le recours à la mastectomie ne diffère pas de ce qui est observé chez les personnes âgées hors établissement. Pour le cancer du côlon-rectum invasif, les parcours chirurgicaux urgents sont plus fréquents chez les personnes âgées en établissement.

Pour les personnes âgées vivant en établissement, plusieurs facteurs peuvent expliquer ces disparités de recours aux soins. D'une part, en lien avec les caractéristiques de la personne lors du diagnostic : âge avancé, comorbidités, dépendance et perte cognitive sont sources de fragilités diverses et souvent cumulées. Cela peut influencer la perception des professionnels de santé sur le choix des traitements à mettre en œuvre dont certains peuvent paraître disproportionnés au regard de l'état de santé de la personne. D'autre part, l'organisation des soins pour les personnes vivant en établissement pour réaliser des examens en dehors de l'établissement demande une logistique spécifique (transports, accompagnement, etc.).

Dans les mois et années suivant le diagnostic, les personnes âgées vivant en établissement enregistrent plus de décès quelle que soit la localisation cancéreuse. Ce constat s'explique par un âge plus avancé et un état de santé plus fragile. De plus, les décès sont considérés toutes causes confondues et ne sont pas attribués spécifiquement aux trois localisations cancéreuses étudiées.

Le parcours en cancérologie des bénéficiaires de la C2S

Les bénéficiaires de la C2S touchés par l'un des trois cancers étudiés sont en moyenne plus jeunes que le reste de la population : de l'ordre de 6 ans de moins pour les cancers du sein et du côlon-rectum et près de 10 ans de moins pour le cancer du pancréas.

Le recours au dépistage des cancers du sein et du côlon-rectum est moins fréquent chez les bénéficiaires de la C2S. Pour ces deux localisations, les formes graves sont plus fréquentes : les bénéficiaires de la C2S présentent davantage de cancer à un stade invasif. En revanche, pour le cancer du pancréas, le diagnostic d'un cancer avec métastases synchrones ne diffère pas entre les bénéficiaires et non bénéficiaires de la C2S.

Plusieurs raisons peuvent expliquer ces constats : difficultés de compréhension des invitations au programme de dépistage, méconnaissance de l'intérêt du dépistage, des représentations négatives des cancers qui peuvent freiner la participation au dépistage. Par ailleurs, les personnes en situation de précarité doivent faire face à des difficultés pouvant être liées au logement, aux revenus, à l'alimentation, etc. reléguant la santé au second plan. À cela s'ajoute un suivi médical par un médecin traitant moins régulier, en raison de difficultés d'accès (administratifs, géographiques), qui n'incite pas au dépistage régulier et retarde le diagnostic.

Pour le cancer du sein, les bénéficiaires de la C2S ont moins souvent recours à la chirurgie conservatrice, à l'hormonothérapie ou à la radiothérapie. En revanche, la chimiothérapie et la mastectomie sont plus fréquentes. Pour le cancer du côlon-rectum, les traitements par chimiothérapie ou radiothérapie sans chirurgie sont plus fréquents que pour les non bénéficiaires de la C2S, tout comme les chirurgies réalisées en urgence. Pour les cancers du sein et du pancréas, les soins palliatifs sont plus fréquents chez les bénéficiaires de la C2S.

La survenue d'un cancer, diagnostiqué tardivement, va aggraver les vulnérabilités existantes. A cela, peuvent s'ajouter, avec la barrière de la langue, des difficultés de compréhension du cancer et des traitements associés. Les déplacements pour la réalisation des soins peuvent être un frein pour le suivi du traitement en raison des coûts ou de contraintes organisationnelles.

Concernant le devenir, les femmes bénéficiaires de la C2S ayant subi une mastectomie bénéficient moins souvent d'une reconstruction mammaire dans les 3 années suivant le début du traitement.
Pour les trois localisations, la survie des personnes bénéficiaires de la C2S est moins bonne : les taux de décès dans les mois ou les 3 ans suivant le traitement sont plus élevés que ceux des personnes non bénéficiaires de la C2S.

Les enseignements qui peuvent en être tirés

Les parcours en cancérologie des populations vulnérables révèlent des disparités marquées qui sont observées à l'échelle nationale entre ces populations et le reste de la population. Ces écarts se retrouvent également dans les quatre régions étudiées de manière plus ou moins marquée. Au-delà des spécificités propres à chaque population, cette étude met en évidence des points communs : un recours au dépistage moins fréquent entraînant des diagnostics à un stade plus avancé nécessitant des traitements plus lourds, auxquels peuvent s'ajouter des limitations de recours à certains traitements et des soins palliatifs plus fréquents en raison de leur état de santé dégradé ou de choix thérapeutiques adaptés aux comorbidités.

Les exploitations du SNDS ont permis d'objectiver les réalités auxquelles les professionnels de santé et acteurs de terrain sont confrontés lors de l'accompagnement de publics vulnérables pour la prise en charge des cancers. Les échanges lors des groupes de concertation ont permis d'identifier des leviers pour améliorer les parcours en cancérologie de ces populations.

En premier lieu, l'amélioration de l'accès au dépistage et au diagnostic précoce en adaptant les invitations pour qu'elles soient accessibles au plus grand nombre et en allant vers les populations les plus éloignées des soins, qu'elles le soient pour des raisons sociales, géographiques ou liées à leurs conditions de vie. Il est également essentiel d'améliorer la logistique pour permettre d'accéder aux lieux de soins et aux soins eux-mêmes : faciliter les déplacements, disposer de matériels techniques pour la réalisation des examens adaptés à tous, etc. Des professionnels des groupes de concertation ont valorisé des initiatives locales qui font leur preuve comme, par exemple, les dépistages mobiles qui permettent de toucher ces publics pour des actions de sensibilisation et de dépistage. Lever les différents freins observés pour les populations étudiées, c'est aussi prendre en compte tout au long du parcours de soins les caractéristiques de chaque personne, de son environnement, de ses conditions de vie, etc.

Dans un second temps, un accompagnement adapté ne peut se faire sans une implication des professionnels de santé qui doivent être mieux sensibilisés/formés aux spécificités de ces populations et de les doter d'outils adaptés. Sur le terrain, un certain nombre d'outils sont identifiés et utilisés par les professionnels rencontrés et peuvent répondre à ces besoins. Accroître leur diffusion et leur utilisation peut être une première étape.

Enfin, les territoires disposent d'un réseau d'acteurs médicaux, sociaux ou médico-sociaux, mobilisés et mobilisables, intégrés ou non dans des dispositifs de coordination. Ces acteurs peuvent jouer un rôle clé en accompagnant les publics vulnérables pour des parcours de soins intégrés dans les cadres de vie des personnes concernées. La coopération et la coordination de l'ensemble des acteurs est un enjeu majeur.

Annexes

Annexe 1 – Composition du comité de pilotage

Philippe-Jean BOUSQUET	Institut national du Cancer
Jérôme BROCCA	Direction du numérique, Secrétariat général des ministères chargés des affaires sociales
Édouard CHATIGNOUX	Santé publique France
Cyrille DELPIERRE	Inserm UMR1295 CERPOP Centre d'Épidémiologie et de Recherche en santé des Populations,
Céline LEROY	ARS Normandie
Véronique LUCAS-GABRIELLI	Institut de recherche et documentation en économie de la santé
Claire MORGAND	Institut national du Cancer
Maryam OYER-ALNAKIB	ARS Centre-Val de Loire
Emmanuel RICARD	Ligne contre le Cancer
Sabrina SINIGAGLIA	Fédération nationale des CREAI - ANCREAI
Caroline TOURNOUX-FACON	Centre régional de coordination du dépistage des cancers Nouvelle-Aquitaine
Lucie VIALARD	Ligue contre le cancer
Hélène VANDEWALLE	Institut national du Cancer

Annexe 2 : Liste des codes utilisés et procédures mises en œuvre pour la construction des cohortes

Pour le cancer du sein

1. Identification des patients nouvellement diagnostiqués pour un cancer du sein

La liste des codes CIM10 pris en compte pour un diagnostic de cancer du sein (soit DP/DR/DAS MCO, soit DP/DAS en HAD, soit MMP/AE/DAS pour SMR, soit mise en ALD) est la suivante :

- pour les hospitalisations et les ALD : C50 (cancer du sein invasif), D05 (cancer du sein in situ) ;
- pour les hospitalisations uniquement : D486 (cancer du sein à évolution imprévisible).

Le codage (d'un proxy) du niveau de gravité au diagnostic se fait à partir des codes CIM10 d'hospitalisation ou d'ALD dans les 6 mois autour de la date index de diagnostic, comme suit :

- Si un code CIM10 de métastase (C770 à C772, C774 à C779, C78, C79) est retrouvé dans un séjour MCO, HAD ou SMR, quelle que soit la position du diagnostic (DP, DR ou DAS), dans un délai inférieur à 6 mois avant la date index de diagnostic (date du 1er diagnostic de cancer du sein), alors le cancer est défini comme étant métastatique synchrone ;
  - Si non, si au moins un code CIM10 d'hospitalisation ou d'ALD de cancer invasif (code CIM10 C50) est retrouvé dans les 6 mois avant ou les 6 mois après la date index de diagnostic, alors le cancer est défini, au moment du diagnostic, comme étant invasif (non métastatique)
- Si, de plus, un code CIM10 d'envahissement ganglionnaire régional (code CIM10 C773) est retrouvé dans un séjour MCO, HAD ou SMR, dans un délai inférieur à 6 mois après la date index de diagnostic, alors le cancer est défini comme étant Invasif avec envahissement ganglionnaire
- Si non, le cancer est défini comme étant Invasif localisé ;
  - Si non, le cancer est défini, comme étant in situ au moment du diagnostic

2. Extraction des actes de soins (dépistage, traitements…) pour le cancer du sein

- **Mammographie :** actes CCAM QEQK001, QEQK004, QEQK005
- **Biopsie :** actes CCAM QEHH002, QEHH015, QEHA001, QEHA002, QEQX016, QEQX037, QEHB002, QEHJ001, QEHJ004 à QEHJ006, QEHH001
- **Chirurgie :** actes CCAM (en séjour ou activité externe d'hospitalisation MCO ou en secteur libéral) FCFA018, FCFA021, FCFA029, FCQX004 à FCQX008, FCQX010 à FCQX012, QEFA001, QEFA003 à QEFA005, QEFA007, QEFA008, QEFA010, QEFA012, QEFA013, QEFA015, QEFA017 à QEFA020, ZZQL010, ZZQL013

Dont :

- **Chirurgie conservatrice :** actes CCAM QEFA001, QEFA004, QEFA008, QEFA017, QEFA018 ;
- **Mastectomie totale :** actes CCAM QEFA003, QEFA005, QEFA007, QEFA010, QEFA012, QEFA013, QEFA015, QEFA019, QEFA020
- **Chimiothérapie IV en hospitalisation (dite chimiothérapie conventionnelle) :** diagnostic principal en séjour hospitalier MCO codé Z511 (CIM-10)
- **Thérapie ciblée :** en pharmacie hospitalière (rétrocession) codes UCD spécifiques ou en pharmacie de ville codes CIP13 spécifiques (cf. les 2 listes mentionnées pour le cancer colorectal)

- **Hormonothérapie :** codes ATC L02AB01, L02AB02, L02AE02, L02AE03, L02BA01 à L02BA03, L02BG03, L02BG04, L02BG06
- **Radiothérapie :** actes CCAM (en séjour ou activité externe d'hospitalisation MCO ou en secteur libéral) YYYY016, YYYY021, YYYY023, YYYY045 à YYYY056, YYYY080, YYYY081, YYYY099, YYYY101, YYYY109, YYYY122, YYYY128, YYYY136, YYYY141, YYYY151, YYYY152, YYYY166, YYYY175, YYYY197, YYYY211, YYYY223, YYYY225, YYYY244, YYYY256, YYYY267, YYYY299, YYYY301 à YYYY307, YYYY310, YYYY312 à YYYY316, YYYY320, YYYY323 à YYYY327, YYYY331, YYYY334 à YYYY338, YYYY343, YYYY345 à YYYY349, YYYY356 à YYYY360, YYYY365, YYYY367 à YYYY371, YYYY377, YYYY379 à YYYY383, YYYY387, YYYY390 à YYYY393, YYYY398, YYYY450, YYYY451, YYYY457 à YYYY460, YYYY468 à YYYY471, YYYY479 à YYYY481, YYYY491 à YYYY493, YYYY497, YYYY500, YYYY511, YYYY520, YYYY522, YYYY533, YYYY544, YYYY555, YYYY566, YYYY577, YYYY588, YYYY599, ZZNA002, ZZNL001 à ZZNL006, ZZNL009, ZZNL011 à ZZNL015, ZZNL017, ZZNL018, ZZNL020 à ZZNL028, ZZNL030, ZZNL031, ZZNL033, ZZNL034, ZZNL036, ZZNL037, ZZNL039, ZZNL040, ZZNL042, ZZNL043, ZZNL048 à ZZNL055, ZZNL058 à ZZNL065, ZZNL900, ZZNL902 à ZZNL906 ; diagnostic principal en séjour hospitalier MCO Z5101 (code CIM10)
- **Soins palliatifs :** en séjour hospitalier MCO (code CIM10 Z515 ou autorisation de l'UM 08 ou lit dédié), SMR (code CIM10 Z515) ou HAD (code CIM10 Z515 ou Mode de prise en charge spécifique 04 ou Nature du séjour 04)
- **Reconstruction mammaire :** PZMA004, QEBA001, QEDA001, QEDA002, QEDA003, QEDA004, QEEA001, QEEA002, QEEB152, QEEB317, QEFA012, QEFA013, QEFA015, QEFA018, QEMA001, QEMA002, QEMA003, QEMA004, QEMA005, QEMA006, QEMA007, QEMA008, QEMA009, QEMA010, QEMA011, QEMA012, QEMA013, QEMA014, QEMA020, QZEA020, QZEA024, QZEA027, QZEA031, QZEA039, QZEA045, QZFA004, QZFA011, QZFA030, QZFA031, QZFA036, QZMA001, QZMA002, QZMA003, QZMA004, QZMA005, QZMA006, QZMA007, QZMA009, QZMA010

Pour le cancer du côlon-rectum :

1. Identification des patients nouvellement diagnostiqués pour un cancer colorectal

La liste des codes CIM10 pris en compte pour un diagnostic de cancer colorectal (soit DP/DR/DAS MCO, SMR ou HAD, soit mise en ALD) est la suivante :

- pour les ALD : cancer colorectal primitif invasifs (C18%, c19%, C20 %)
- pour les hospitalisations :
  - cancer colorectal primitif invasifs (C18%, c19%, C20 %) en excluant C181 (cancer de l'appendice), ;
  - cancer colorectal in situ (D01.0; D01.1, D01.2) ;
  - cancer colorectal à évolution imprévisible* (D374, D375).

** : Lorsqu'un diagnostic de tumeurs à évolution imprévisible (TEI, (D374, D375)) était retrouvé dans les 6 mois précédant le premier diagnostic de cancer colorectal in situ ou invasif, la date index de diagnostic était modifiée à la date du séjour où le diagnostic de TEI était retrouvé mais seuls les diagnostics mentionnés au premier diagnostic étaient pris en compte pour le codage de la localisation. En revanche, les patients pour lesquels un diagnostic de TEI était retrouvé sans autre diagnostic de cancer colorectal in situ ou invasif n'ont pas été inclus dans la cohorte, faisant l'hypothèse que le diagnostic de TEI n'était pas un cancer.*

2. Extraction des traitements pour un cancer colorectal

→ Chirurgie carcinologique (actes CCAM) :

Côlon : HHFA002, HHFA004, HHFA005, HHFA006, HHFA008, HHFA009, HHFA010, HHFA014, HHFA017, HHFA018, HHFA021, HHFA022, HHFA023, HHFA024, HHFA026, HHFC040, HHFC296

Côlon-rectum : HHFA028, HHFA029, HHFA030, HHFA031, HJFA012, HJFC023

Rectum : HJFA001, HJFA002, HJFA003, HJFA004, HJFA005, HJFA006, HJFA007, HJFA011, HJFA014, HJFA017, HJFA018, HJFA019, HJFC031, HJFD002

→ Chimiothérapie per os (DCIR) : **En pharmacie de ville : Capécitabine, ATC07 L01BC06**

→ Chimiothérapie IV en hospitalisation : **en MCO avec un séjour codé en DP Z511 ou en HAD avec un mode de prise en charge principal ou associé de chimiothérapie anticancéreuse (y compris thérapie ciblée) codé 05**

→ Radiothérapie

- Réalisée au cours d'une hospitalisation MCO (DP codé Z5101%) ou codée en CCAM
- OU en activité externe des établissements publics codée en CCAM
- OU en secteur libéral codée en CCAM

Liste des codes d'actes CCAM d'irradiation :

YYYY016, YYYY021, YYYY023, YYYY045, YYYY046, YYYY047, YYYY048, YYYY049, YYYY050, YYYY051, YYYY052, YYYY053, YYYY054, YYYY055, YYYY056, YYYY080, YYYY081, YYYY099, YYYY101, YYYY109, YYYY122, YYYY128, YYYY136, YYYY141, YYYY151, YYYY152, YYYY166, YYYY175, YYYY197, YYYY211, YYYY223, YYYY225, YYYY244, YYYY256, YYYY267, YYYY299, YYYY301, YYYY302, YYYY303, YYYY304, YYYY305, YYYY306, YYYY307, YYYY310, YYYY312, YYYY313, YYYY314, YYYY315, YYYY316, YYYY320, YYYY323, YYYY324, YYYY325, YYYY326, YYYY327, YYYY331, YYYY334, YYYY335, YYYY336, YYYY337, YYYY338, YYYY343, YYYY345, YYYY346, YYYY347, YYYY348, YYYY349, YYYY356, YYYY357, YYYY358, YYYY359, YYYY360, YYYY365, YYYY367, YYYY368, YYYY369, YYYY370, YYYY371, YYYY377, YYYY379, YYYY380, YYYY381, YYYY382, YYYY383, YYYY387, YYYY390, YYYY391, YYYY392, YYYY393, YYYY398, YYYY450, YYYY451, YYYY457, YYYY458, YYYY459, YYYY460, YYYY468, YYYY469, YYYY470, YYYY471, YYYY479, YYYY480, YYYY481, YYYY491, YYYY492, YYYY493, YYYY497, YYYY500, YYYY511, YYYY520, YYYY522, YYYY533, YYYY544, YYYY555, YYYY566, YYYY577, YYYY588, YYYY599, ZZNA002, ZZNL001, ZZNL002, ZZNL003, ZZNL004, ZZNL005, ZZNL006, ZZNL009, ZZNL011, ZZNL012, ZZNL013, ZZNL014, ZZNL015, ZZNL017, ZZNL018, ZZNL020, ZZNL021, ZZNL022, ZZNL023, ZZNL024, ZZNL025, ZZNL026, ZZNL027, ZZNL028, ZZNL030, ZZNL031, ZZNL033, ZZNL034, ZZNL036, ZZNL037, ZZNL039, ZZNL040, ZZNL042, ZZNL043, ZZNL048, ZZNL049, ZZNL050, ZZNL051, ZZNL052, ZZNL053, ZZNL054, ZZNL055, ZZNL058, ZZNL059, ZZNL060, ZZNL061, ZZNL062, ZZNL063, ZZNL064, ZZNL065, ZZNL900, ZZNL902, ZZNL903, ZZNL904, ZZNL905, ZZNL906

→ Thérapie ciblée

- En pharmacie hospitalière (rétrocession) : code prestation DCIR 3316, 3317, 3318, 3319, 3351, 3352, 3353, 3354, 3355, 3356, 3357, 3330 ou un code UCD de la liste suivante :

3400892200972, 3400892605999, 3400892611044, 3400892611105, 3400892849157, 3400892849218, 3400892849386, 3400892853758, 3400893011119, 3400893011287, 3400893047767, 3400893071601, 3400893071779, 3400893071830, 3400893393260, 3400893393321, 3400893913444, 3400893935095, 3400893935156, 3400893949924, 3400893950005, 3400893951064, 3400893956267, 3400893956328, 3400893957509, 3400893957677, 3400893964941, 3400894000372, 3400894000433, 3400894000662, 3400894034780, 3400894034841, 3400894034902, 3400894056843, 3400894088660, 3400894088721, 3400894108344, 3400894124542, 3400894162452, 3400894162513, 3400894200055, 3400894200116, 3400894200284, 3400894228080, 3400894228141, 3400894228202, 3400894228431, 3400894228660, 3400894228721, 3400894319542, 3400894356042, 3400894383475, 3400894387619, 3400894387787, 3400894417286, 3400894424550, 3400894440697, 3400894459910, 3400894460169, 3400894474418, 3400894495468, 3400894505556, 3400894506157, 3400894506218, 0000009220097, 0000009260599, 0000009261104, 0000009261110, 0000009284915, 0000009284921, 0000009284938, 0000009285375, 0000009298745, 0000009301111, 0000009301128, 0000009304776, 0000009307160, 0000009307177, 0000009307183, 0000009339326, 0000009339332, 0000009368747, 0000009381067, 0000009381073, 0000009382262, 0000009385728, 0000009385734, 0000009389614, 0000009391344, 0000009393509,

0000009393515, 0000009394992, 0000009395000, 0000009395106, 0000009395603, 0000009395626, 0000009395632, 0000009395750, 0000009395767, 0000009396494, 0000009399334, 0000009400037, 0000009400043, 0000009400066, 0000009401344, 0000009402125, 0000009402131, 0000009403478, 0000009403484, 0000009403490, 0000009403946, 0000009404526, 0000009405684, 0000009407312, 0000009407329, 0000009407476, 0000009407654, 0000009407660, 0000009407677, 0000009408866, 0000009408872, 0000009410834, 0000009412454, 0000009416245, 0000009416251, 0000009419278, 0000009419284, 0000009419290, 0000009420005, 0000009420011, 0000009420028, 0000009420494, 0000009422808, 0000009422814, 0000009422820, 0000009422843, 0000009422866, 0000009422872, 0000009431954, 0000009433203, 0000009435604, 0000009438293, 0000009438324, 0000009438330, 0000009438347, 0000009438761, 0000009438778, 0000009441728, 0000009441929, 0000009441935, 0000009442455, 0000009442811, 0000009442828, 0000009442840, 0000009442917, 0000009444069, 0000009444081, 0000009444098, 0000009444106, 0000009445991, 0000009446016, 0000009447352, 0000009447369, 0000009447375, 0000009447441, 0000009447501, 0000009449546, 0000009450555, 0000009450615, 0000009450621, 0000009453950, 0000009876544

- En pharmacie de ville : code CIP13 de la liste suivante :

3400930126684, 3400930130858, 3400930130865, 3400930021965, 3400930021965, 3400930022016, 3400930022016, 3400930026366, 3400930026878, 3400930048306, 3400930048351, 3400930057018, 3400930057063, 3400930057117, 3400930057124, 3400930059630, 3400930059630, 3400930059654, 3400930062890, 3400930062968, 3400930063170, 3400930063248, 3400930067963, 3400930067970, 3400930074282, 3400930074404, 3400930076309, 3400930076309, 3400930076347, 3400930076347, 3400930096833, 3400930096833, 3400930096888, 3400930096888, 3400930105849, 3400930105986, 3400930161326, 3400930161401, 3400935849359, 3400935849410, 3400936224759, 3400936224988, 3400930154144, 3400930154861, 3400930155004, 3400930155011, 3400930155103, 3400930156667, 3400930156971, 3400930156988, 3400930163450, 3400930163474, 3400930167090, 3400930168325, 3400939595078, 3400930110775, 3400930110959, 3400930110973, 3400930111260, 3400930111529, 3400930111536, 3400930111864, 3400930111871, 3400930111888, 3400930142257, 3400930142264, 3400930142271, 3400930187548, 3400930187555, 3400930187579, 3400936923232, 3400936923461, 3400936923522, 3400937626507, 3400937626675, 3400937626736, 3400938210224, 3400938210392, 3400938210453, 3400937613729, 3400930163924, 3400930163986, 3400930164051, 3400930164136, 3400930164174, 3400930177464, 3400930177488, 3400930179826, 3400930179857, 3400930179864, 3400930188842, 3400930188873, 3400930188941, 3400930188989, 3400930189016, 3400930190135, 3400930190142, 3400930190210, 3400930190227, 3400930190241, 3400937763561, 3400937763790, 3400937763851, 3400937764162, 3400937764223, 3400937764452, 3400939159416, 3400939159584, 3400949461684, 3400949461745, 3400938379457, 3400938379518, 3400941701764, 3400941701825, 3400941701993, 3400949164349, 3400921687552, 3400921687613, 3400930124093, 3400938278699, 3400938278811, 3400949815845, 3400949815906, 3400921947588, 3400921947649, 3400921947700, 3400926788414, 3400927643514, 3400927643682, 3400927643743, 3400930117613, 3400930117637, 3400930117675, 3400930148402, 3400930148419, 3400930148464, 3400930152201, 3400930152218, 3400930152225, 3400930152409, 3400930152423, 3400930152447, 3400930152621, 3400930152645, 3400930152669, 3400930152676, 3400930152690, 3400930152713, 3400930153284, 3400930153352, 3400930156544, 3400930156582, 3400930156643, 3400930159132, 3400930171684, 3400930171837, 3400930171875, 3400939628110, 3400939628288, 3400949131341, 3400949131570, 3400949131631, 3400922066806, 3400922066974, 3400927565649, 3400927565700, 3400927565878, 3400927565939, 3400926993528, 3400926993757, 3400930146224, 3400922087566, 3400926762568, 3400926762629, 3400926762797, 3400926762858, 3400926647964, 3400926648046, 3400926648107, 3400926648275, 3400927547201, 3400927547379, 3400927547430, 3400927547669, 3400922462257, 3400922462318, 3400922462486, 3400927325816, 3400927326066, 3400927326295, 3400930002452, 3400927520006, 3400927549670, 3400927549731, 3400927419768, 3400927419829, 3400930020029, 3400930047613, 3400927944352, 3400927944703, 3400930073520, 3400930073537, 3400930073544, 3400927949845, 3400927949906, 3400930015698, 3400930146118, 3400930018941, 3400930018958, 3400930075272, 3400930075296, 3400930075302, 3400930047644, 3400930047651, 3400930083048, 3400930124215, 3400930037553, 3400930156872, 3400930109335, 3400930109342, 3400930109359, 3400930156841, 3400930156858, 3400930157701, 3400930157732, 3400930162965, 3400930162989, 3400930163009, 3400927476778, 3400930003992, 3400930144190, 3400930144213, 3400927959660, 3400927959721, 3400930030714, 3400930030714, 3400930030721, 3400930030721, 3400930077856, 3400930077887,

3400930077894, 3400930077900, 3400930077917, 3400930168912, 3400930168929, 3400930168936, 3400921725384,

→ Coloscopie, Biopsie ou exérèse de polype, scanner thoraco-abdominaux, IRM pelvienne

	Codes CCAM (séjours hospitaliers MCO, en consultations externes (PMSI ACE) ou en libéral (DCIR)
Coloscopie thérapeutique	HHFC001, HHFE001, HHFE002, HHFE004, HHFE005, HHFE006,
Coloscopie diagnostic	HHQE001, HHQE002, HHQE003, HHQE004, HHQE005.
Biopsie	HJHD001, HJHD002, HJQJ001, HZHE002, HZHE005
Exérèse de polype	HHFC001, HHFE001, HHFE002, HHFE004, HHFE005, HHFE006, HHQX004, HHQX005, HHQX008
Scanner thoraco-abdominaux	ZBQH001, ZBQK001, ZCQH001, ZCQH002, ZCQK004, ZCQK005, ZZQH033, ZZQK024
IRM pelvienne	ZCQJ004, ZCQJ005, ZCQN001, ZCQN002

→ Chirurgie en urgence (Patients dont le 1er traitement est une chirurgie d'urgence)

	Codes
Occlusion ou perforation	Codes CIM10 (DP, DR ou DAS) : K566, K624, K631
Entrée directement en réanimation	Autorisation unité médicale : réanimation adulte (code=01%), UHCD structures des urgences générales (code=07%), → jusqu'en 2022 : Mode d'entrée : Domicile (code=8) + Provenance : Passage par les urgences de l'établissement ou autre établissement (code= 5 avant 2022 et code= U à partir de 2022) → à partir de 2023 : Mode d'entrée : Domicile (code=8) ou Transfert définitif (code=7) et provenance « passage par les urgences de l'établissement » (code=5) ou « autre établissement » (code=U) et structures d'urgences : urgences de l'établissement (code=5) ou autre établissement (code=U) ou services d'urgences (code=V)
Stomie ou dérivation avant chirurgie	Codes CCAM : HHPA001, HHPC002, HGCA004, HGCA005, HGCC005, HGMA003, HHAA002, HHCA002, HHCC007, HHMA002, HHMC005, HHSA001

3. Identification des patients à risque élevé de cancer colorectal

Hospitalisation (MCO, HAD, SMR ou RIMP)	**CIM10 :** C189+0 Syndrome de Lynch D126+0 à D126+6 Polypose D126+8 tumeurs bénignes du colon K50 maladie de Crohn K51 Recto-colite hémorragique
ALD	**CIM10 :** D126 Tumeur bénigne du côlon K50 maladie de Crohn K51 Recto-colite hémorragique

4. Dépistage du cancer colorectal

Code prestation DCIR = 9434= acte de dépistage du cancer colorectal

Pour le cancer du pancréas

1. Identification des patients nouvellement diagnostiqués pour un cancer du pancréas

Les codes CIM10 pris en compte pour un diagnostic de cancer du pancréas (soit DP/DR/DAS MCO, SSR ou HAD, soit mise en ALD) sont les suivants : C250, C251, C252, C253, C257, C258, C259 (exclusion du code C254 pour tumeur du pancréas endocrine).

Le codage (d'un proxy) du niveau de gravité au diagnostic se fait à partir des codes CIM10 d'hospitalisation ou d'ALD dans les 6 mois autour de la date index de diagnostic, comme suit :

Le cancer est défini comme étant métastatique synchrone lorsqu'un code CIM10 de métastase (C770 à C772, C774 à C779, C78, C79) est retrouvé dans un séjour MCO, HAD ou SSR, quelle que soit la position du diagnostic (DP, DR ou DAS), dans un délai inférieur à 6 mois avant la date index de diagnostic (date du 1er diagnostic du cancer du pancréas).

2. Extraction des actes de soins pour le cancer du pancréas

→ **chirurgie thérapeutique (actes CCAM) :**

(en séjour ou activité externe d'hospitalisation MCO ou en secteur libéral) HNFA004, HNFA006, HNFA007, HNFA010, HNFA011, HNFA013, HNFC002, HNFA002, HNFA008, HNFC028

→ **chirurgie palliative (actes CCAM) :**

(en séjour ou activité externe d'hospitalisation MCO ou en secteur libéral) HMCA002, HMCA003, HMCA004, HMCA006, HMCA007, HMCA008, HMCA010, HMCA011, ZCQA001 (exploration), HFCA004

→ **Chimiothérapie per os (DCIR) :** En pharmacie de ville : Capécitabine, ATC07 L01BC06

→ **Chimiothérapie IV en hospitalisation :** en MCO avec un séjour codé en DP Z511 ou en HAD avec un mode de prise en charge principal ou associé de chimiothérapie anticancéreuse (y compris thérapie ciblée) codé 05

→ **Thérapie ciblée :** en pharmacie hospitalière (rétrocession) codes UCD spécifiques ou en pharmacie de ville codes CIP13 spécifiques (cf. les 2 listes mentionnées pour le cancer colorectal)

Annexe 3 : Critères d'exclusion par localisation du cancer

Dans la première étape d'identification des personnes nouvellement diagnostiquées avec un cancer, ont notamment été exclus :

Pour le cancer du sein :

- les patients avec un antécédent de diagnostic cancer du sein, c'est-à-dire avec une ALD antérieure à 2018 ou avec une hospitalisation (MCO, HAD, SMR) dans les 5 ans précédant la date index de diagnostic ;
- les patients avec antécédents personnels de tumeur maligne du sein, c'est-à-dire avec hospitalisation (MCO) avec diagnostic codé Z85.3 (CIM-10) entre le 1er janvier 2018 et le 31 décembre 2022.

Pour le cancer du côlon-rectum :

- les patients avec un antécédent de diagnostic de cancer colorectal, c'est-à-dire avec une ALD antérieure à 2018 ou avec une hospitalisation (MCO, HAD, SMR ou RIMP) dans les 5 ans précédant la date index de diagnostic ;
- les patients sans un traitement carcinologique retrouvé c'est-à-dire sans une coloscopie thérapeutique (exérèse endoscopique), ni une chirurgie carcinologique, ni une chimiothérapie (conventionnelle ou thérapie ciblée) ou sans une radiothérapie entre le 1er janvier 2018 et le 31 décembre 2022.

Pour le cancer du pancréas :

- les patients avec un antécédent de diagnostic cancer du pancréas, c'est-à-dire avec une ALD antérieure à 2018 ou avec une hospitalisation (MCO, HAD, SSR) dans les 5 ans précédant la date index de diagnostic ;
- les patients présentant une tumeur du pancréas endocrine.

Annexe 4 : Sein – Caractéristiques socio-démographiques

	In situ Effectifs : 7 360	Invasif localisé Effectifs : 241 720	Invasif avec envahissement ganglionnaire Effectifs : 35 570	Métastatique synchrone Effectifs : 7 110	Cohorte finale cancer du sein Effectifs : 291 760
Âge (révolu au moment du 1er traitement)					
18-49 ans	24,1%	20,5%	24,7%	11,9%	**20,9%**
50-59 ans	27,4%	21,9%	22,2%	14,9%	**21,9%**
60-69 ans	26,2%	24,8%	22,4%	21,3%	**24,5%**
70-79 ans	17,8%	20,6%	18,6%	23,1%	**20,3%**
80 ans et plus	4,6%	12,2%	12,1%	28,8%	**12,4%**
Âge moyen	59,0 ans ± 12,3 (min=20 ; max=96)	62,3 ans ± 14,2 (min=18 ; max=107)	61,0 ans ± 14,5 (min=19 ; max=101)	69,1 ans ± 14,8 (min=20 ; max=101)	**62,2 ans ± 14,3 (min=18 ; max=107)**
Âge médian	59 ans	63 ans	61 ans	70 ans	**63 ans**
Médecin traitant en activité	94,9%	94,0%	93,4%	90,7%	**93,9%**

Annexe 5 : cancer colorectal - Caractéristiques socio-démographiques et comorbidités au début de traitement

Arrondi à la dizaine près	Côlon Effectifs : 138 900	Rectum Effectifs : 66 030	Doubl. Local. Effectifs : 7 860	Cohorte finale cancer colorectal Effectifs : 212 780
Sexe				
Hommes	53.9 %	57.8 %	63.6 %	55.4 %
Femmes	45.7 %	41.7 %	35.6 %	44.1 %
Non connu	0.4 %	0.5 %	0.8 %	0.5 %
Âge (révolu au début du 1er traitement)				
18-49 ans	6.0 %	7.1 %	8.1 %	6.4 %
50-64 ans	26.5 %	32,3 %	27.7 %	28.3 %
65-74 ans	33.5 %	33.6 %	34.1 %	33.5 %
75-84 ans	25.0 %	20.7 %	23.5 %	23.6 %
85 ans et plus	9.1 %	6.3 %	6.7 %	8.1 %
Âge moyen	69.1 ans ± 11.9 (min=18 ; max=89)	67.1 ans ± 11.7 (min=18 ; max=89)	67.6 ans ± 12.4 (min=18 ; max=89)	68.4 ans ± 11.9 (min=18 ; max=89)
Âge médian	70 ans	68 ans	69 ans	69 ans
Médecin traitant en activité	92.9 %	92.4 %	91.8 %	92.8 %
Comorbidités pouvant influer sur la décision du traitement				
Avec un syndrome coronaire aigue**	0.5 %	0.4 %	0.4 %	0.5 %
Avec une insuffisance cardiaque chronique ou aigüe**	3.4 %	2.4 %	2.8 %	3.1 %
Avec des maladies respiratoires chroniques (hors mucoviscidose) **	10.0 %	8.6 %	9.6 %	9.6 %
Avec un diabète**	17.8 %	%	%	17,1 %

Annexe 6 : Pancréas – Caractéristiques socio-démographiques

Arrondi à la dizaine près	Métastatique synchrone		Cohorte finale cancer du pancréas Effectifs : 81 950
	Oui Effectifs : 39 400	Non Effectifs : 42 550	
Sexe			
Hommes	51,8 %	50,0 %	**50,8 %**
Femmes	48,2 %	50,0 %	**49,2 %**
Âge (révolu au moment du 1er diagnostic)			
18-49 ans	3,5 %	4,2 %	**3,9 %**
50-64 ans	23,8 %	20,8 %	**22,2 %**
65-74 ans	31,1 %	28,3 %	**29,7 %**
75-84 ans	27,5 %	27,6 %	**27,5 %**
85 ans et plus	14,1 %	19,1 %	**16,7 %**
Âge moyen	71,8 ans ± 11,6 (min=19 ; max=108)	73 ans ± 12,5 (min=18 ; max=105)	**72,5 ans ± 12,1 (min=18 ; max=108)**
Âge médian	72 ans	74 ans	**73 ans**
Médecin traitant en activité	92,0 %	92,8 %	**92,4 %**

Annexe 7 : Bases mobilisées et codes utilisés pour la construction de la population en situation de handicap entre le 1er janvier 2017 et le 31 décembre 2022

Etape 1 : identification des assurés-bénéficiaires de l'AAH par année entre 2017 et 2021 (dernière année disponible au moment de la construction des cohortes) dans les bases de la cartographie des pathologies (version G10)

Etape 2 : Identification des assurés-bénéficiaires de l'allocation sous forme de prestation au titre d'une pension d'invalidité dans les bases du DCIR en mobilisant la table des prestations (ER_PRS_F) et la table d'invalidité (ER_INV_F) avec les filtres suivants :

- Code prestation direct (PRS_NAT_REF) :
  7111 : pension invalidité (PI) avantages de base
  7112 : PI, allocation supplémentaire
  7113 : PI majoration pour assistance d'une tierce personne
  7119 : PI services par le régime spécial de sécurité sociale dans les mines
- Codes pour identifier l'assuré lui-même :
  BEN_QAF_COD = (1,10) (le code 1 correspondant à la MSA)
- Code pour éliminer les lignes transmises « pour information » (mais non exhaustives) :
-
  DPN_QLF différent de « 71 »
- Code pour retenir uniquement la catégorie 3 de la pension d'invalidité :
  INV_PEN_CAT=3
- Code pour retenir uniquement les assurés-bénéficiaires ayant comme motif de versement de la pension d'invalidité « attribution » :
  INV_PEN_ETA=50

Etape 3 : Identification des assurés-bénéficiaires par le motif d'exonération du ticket modérateur au titre d'invalidité (dispositif exonération TM PI) en mobilisant la table référentiel médicalisée (IR_IMB_R), la table des prestations (ER_PRS_F) et la table d'invalidité (ER_INV_F) avec les filtres suivants :

- Codes pour identifier le motif d'exonération du ticket modérateur au titre d'invalidité : IMB_ETM_NAT=13
- Codes pour identifier l'assuré lui-même :
  BEN_QAF_COD = (1,10) (le code 1 correspondant à la MSA)
- Code pour éliminer les lignes transmises « pour information » (mais non exhaustives) :
  DPN_QLF différent de « 71 »
- Code pour retenir uniquement la catégorie 3 de la pension d'invalidité :
  INV_PEN_CAT=3
- Code pour retenir uniquement les assurés-bénéficiaires ayant comme motif de versement de la pension d'invalidité « attribution » :
  INV_PEN_ETA=50

Etape 4 : Identification des assurés-bénéficiaires admis en établissements ou services médicosociaux (ESMS) du secteur handicap (dispositif ESMS PH) dans la table référentiel des établissements médico-sociaux (IR_ESM_R) avec le filtre suivant :

- Codes pour sélectionner les ESMS du secteur handicap uniquement : ESM_CAT_COD

*182	SESSAD
*183	I.M.E
*188	ET.ENFANTS POLY-HANDICAPES
*194	INSTITUT DEFICIENTS VISUELS
*195	INSTITUT DEFICIENTS AUDITIFS
*246	C.A.T
*252	FOYER HÉBERGEMENT ADULTES HANDICAPÉS
*253	FOYER ACCUEIL POLYVALENT ADULTES HANDICAPÉS
*370	ETABT EXPÉRIMENTAL PR PERSONNES HANDICAPÉES
*377	ETABT EXPÉRIMENTAL PR ENFANCE HAND.
*379	ETABT EXPÉRIMENTAL PR ADULTES HAND.
*382	FOYER DE VIE POUR ADULTES HANDICAPÉS
*390	ÉTABLISSEMENT D'ACCUEIL TEMPORAIRE ENFANTS HANDICAPÉS
*395	ÉTABLISSEMENT D'ACCUEIL TEMPORAIRE ADULTES HANDICAPÉS
*396	FOYER HÉBERGEMENT ENFANTS ET ADOLESCENTS HANDICAPÉS
*437	FOYER ACCUEIL MÉDICALISÉ ADULTES HANDICAPÉS (F.A.M.)
*446	SERVICE D'ACCOMPAGNEMENT A LA VIE SOCIALE (S.A.V.S.)
*448	ÉTABLISSEMENT ACCUEIL MÉDICALISÉ PERSONNES HANDICAPÉES (E.A.M.)

Annexe 8 : Liste des participants aux groupes de concertation

Groupe de concertation Occitanie : les personnes en situation de handicap / cancer du sein

Animation : Bernard LEDESERT et Nathalie MARTINEZ

Nom et prénom	Fonction	Organisme
BONNOT Christine	Cellule non-recours	CPAM Hérault
BORNE Nathalie	Assistante sociale	Ligne contre le cancer – Hérault
BRENGUES Sindy	Éducatrice spécialisée	SAESAT Via Europa (APEAI Ouest Hérault)
CAUQUIL Coralie	Monitrice-éducatrice	FV Cantaussels (APEAI Ouest Hérault)
CHAPPERT Jean-Louis	Médecin	Santé publique France Occitanie
DE CHOUDENS Charlotte	Interne de santé publique	Santé publique France Occitanie
KIMBOR Véronique	Chargé de mission qualité des soins	Siège Adages
KOZAR Béatrice	Médecin du travail Responsable de la cellule prévention de la désinsertion professionnelle	En Santé
LAMBOTTE Anne	Directrice	SAVS Lis Aureto (Unapei34)
LÉTOCART Odile	Vice-Présidente	Ligne contre le cancer – Hérault
LLORCA Bruno	Président	GEM Gambetta
MOUSSOUNI Naema	Chef de services soins	EAM Fontaines d'O (Adages)
PEREZ Sophie	Médecin	ESMS Pays de Thau (Unapei34)
PERO Christophe	Cadre	DAC 34
RAKOTOVAO Christophe	Animateurs / Coordinateur	GEM Gambetta
TASSIE Jean-Michel	Conseiller médical	DD ARS Hérault
TCHEN FO Valérie	Responsable secteur prévention	CPAM Hérault

Groupe de concertation Nouvelle-Aquitaine : les personnes en situation de handicap / cancer colo-rectal et cancer du pancréas

Animation : Mélanie PUBERT, Julien GIRAUD et Sarah DUJONCQUOY

Prénom Nom	Fonction	Organisme
BAHUET Laurence	Médecin	HAD privée Poitiers (86
BARBOTIN Valérie	Responsable PDP-MEE	ASSTV 86
BATY Cloé	Chargée de mission	CAPalliatif Nouvelle-Aquitaine
COTTINEAU Céline	Responsable du pôle accompagnement et de l'antenne de la Vienne	Promotion Santé Nouvelle-Aquitaine
DREYFUS Brigitte	Vice-présidente	Ligue Contre le Cancer de la Vienne
FERRU Aurélie	PH oncologie	CHU Poitiers (86)
GODET Hélène	Cheffe de service	DAC 86
MERCIER Marie	Animatrice	Les Ateliers Cord'âges à Poitiers (86)
MORIN-PORCHET Claire	Directrice	ONCO Nouvelle-Aquitaine
PENICAUT François	Directeur adjoint	EANM André Rideau à Adriers (86)
TOURNOUX-FACON Caroline	Directrice médicale	CRCDC Nouvelle-Aquitaine
TRICHARD Nathalie	Aide-Soignante	ESAT André Rideau à Adriers (86)

Groupe de concertation Centre-Val-de-Loire : les personnes âgées en établissement / trois localisations cancéreuses

Animation : Claire CHERBONNET, Céline LECLERC, Marion PORTAT

NOM Prénom	Fonction	Organisme
WACK Séverine	Coordinatrice non médicale	Antenne oncogériatrie (AOG) CVL
BARBE Catherine	Praticien hospitalier médecin coordonnateur	
BIOGEAU Julie	Gériatre coordinatrice AOG	AOG CVL
GUYOT Hervé	Médecin coordonnateur	Ligue contre le cancer 37 & Ehpad Dames Blanches
DORVAL Etienne	Oncologue	AOG
LENOIR Sandra	Coordinatrice de parcours	Appui santé 37
FONTAINE Gwladys	Responsable projet développement	Appui santé 37
LEMOINE Léa	Oncogériatre PH médecine gériatrique	CHU Tours
SALLY-SCANZY Myriam	Délégation départementale d'Indre-et-Loire	ARS
PORTAT Marion	Conseillère technique	CREAI Centre-Val de Loire
CHERBONNET Claire	Chargée d'étude	ORS Centre-Val de Loire
LECLERC Céline	Directrice	ORS Centre-Val de Loire
FAURE Lisa	Stagiaire pharmacie	ORS Centre-Val de Loire

Groupe de concertation Île-de-France : les personnes en situation de précarité / trois localisations cancéreuses

Animation : Catherine EMBERSIN-KYPRIANOU, Khadim NDIAYE et Capucine BIGOTE

Prénom Nom	Fonction	Organisme
AUGUSTINIAK Stéphanie	Chargée de mission prévention et promotion de la santé	ARS, DD 95
COGNÉ Kristen	Médecin généraliste coordonateur, Directrice médicale	DAC 95 sud Joséphine
DUBEAUX Floriane	Infirmière Coordinatrice DAC 95 Est Référence oncologie et soins palliatifs	DAC95 est (Sarcelles)
COLSON DURAND Laurianne	Oncologue radiothérapeute	ICPN (Institut du cancer de Paris nord)
RIBOT Pauline	Chargée de projets en santé	CPAM 95
KENZA Guehiliz	Sage-femme échographiste_Co présidente CPTS Argenteuil (en devenir)	CPTS Argenteuil
FANGET Delphine	Référente système et structures de santé, Secteur France pôle expertise technique et plaidoyer France	Médecins du Monde
RUELLE Marc	Directeur général adjoint	Esperer 95
BISSON Karine	Chargée de projet Santé des femmes et offre de soins	Direction de la santé Mairie de Saint-Denis
ROCHER Sylvie	Chargée de projet. Service prévention santé	Direction de la santé Mairie de Saint-Denis
FUMEY-SEFON Ahoéfa	Cheffe de Service Aides Sociales et Solidarités	Centre Communal d'Action Sociale Argenteuil
YONH Marthe	Directrice branche hébergement 93, 94, 95	Association cité Caritas
PETIT Mathilde	Epidémiologiste, chargée de l'Observatoire du Comede	Le Comede
REY Sylvie	Médecin permanence téléphonique	Le Comede
HOUÉE Sarah	Responsable Insertion sociale	Adoma_ l'insertion par le logement
SIDIBÉ Salimata	Coordinatrice de projets et de parcours de santé	CCSBE - La Place Santé, Coopérative Communautaire Santé Bien-Être
SUAT Cédric	Responsable du pôle médiation en santé et médiateur en santé	CCSBE - La Place Santé, Coopérative Communautaire Santé Bien-Être

Fédération nationale des
observatoires régionaux de la santé

62 boulevard Garibaldi / 75015 Paris
Tél. : 01 56 58 52 40
Courriel : info@fnors.org
www.fnors.org / www.scoresante.org