

Social inequalities in Health from observational studies to intervention- Does patients' navigator could reduce social inequalities in cancer?

O. Dejardin, Célia Berchi, Astrid Mignon, Carole Pernet, Elodie Guillaume, Lydia Guittet, Véronique Bouvier, M. Saily, Agnès Salinas, Véronique Christophe, et al.

► **To cite this version:**

O. Dejardin, Célia Berchi, Astrid Mignon, Carole Pernet, Elodie Guillaume, et al.. Social inequalities in Health from observational studies to intervention- Does patients' navigator could reduce social inequalities in cancer?. *Epidemiology and Public Health / Revue d'Epidémiologie et de Santé Publique*, Elsevier Masson, 2011, 59 (1), pp.45 - 51. 10.1016/j.respe.2010.10.008 . inserm-01895741

HAL Id: inserm-01895741

<https://www.hal.inserm.fr/inserm-01895741>

Submitted on 15 Oct 2018

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

Inégalités sociales de santé du constat à l'action – Intérêt de la mise en place d'un service d'accompagnement pour la réduction des inégalités sociales en cancérologie.

Social inequalities in Health from observational studies to intervention- Does patients' navigator could reduce social inequalities in cancer?

Auteurs

Dejardin O ¹; Berchi C ¹; Mignon A ²; Pornet C ¹; Guillaume E ¹; Guittet L ¹; Bouvier V ¹; Saily M ²; Salinas A ⁴; Christophe V ^{2,3}; Launoy G ¹

Adresse

1-ERI3 INSERM « Cancers & Populations », Faculté de médecine de Caen, Avenue de la côte de nacre, CHU de Caen, 14032 Caen cedex, France.

2-Unité de Recherche en sciences Cognitives et Affectives, URECA EA 1059, Université Lille Nord de France - Université de Lille, rue du Barreau, 59653 Villeneuve d'Ascq Cedex, France.

3- MESHS USR CNRS 3185

4- Centre d'Etudes et de Recherches sur les Risques et les Vulnérabilités, CERReV EA 3918, Université de Caen / Basse Normandie, Esplanade de la Paix, 14032 Caen Cedex, France.

Mots-clés

Inégalités sociales, cancer, cancer colorectal, dépistage, accompagnateur, intervention, patient navigator

Auteur de correspondance

Mr Dejardin Olivier

ERI3 INSERM « Cancers & Populations »

Faculté de médecine de Caen

Avenue de la côte de nacre

CHU de Caen

14032 Caen cedex

Olivier.dejardin@unicaen.fr

Résumé

Des inégalités sociales de santé ont été rapportées dans l'ensemble des pays industrialisés et pour un très grand nombre de pathologies (maladies cardio-vasculaires, cancers, etc...). Les patients issus des milieux les plus défavorisés présentent généralement les plus mauvais indicateurs de santé. Au delà du constat, se pose dès lors la question des moyens d'action permettant de lutter efficacement contre la formation des inégalités sociales de santé. L'objectif de cet article est d'étudier l'intérêt potentiel d'une méthode de lutte contre les inégalités sociales en cancérologie, couramment dénommée « patient navigator » dans les pays anglo-saxons (accompagnateur d'un patient en français) et d'évaluer la faisabilité de sa mise en place en France.

Summary

Social inequalities in health have been widely established in numerous industrialized countries and for a large range of pathology (cardio-vascular disease, cancer, etc.). Most deprived patients experiment worst outcome. Beyond observation, intervention which aimed to reduce social inequalities needs to be investigated.

The aim of this article is to evaluate the interest of the intervention, usually called “patient navigator”, which aimed to reduce social inequalities and to investigated the interest of such intervention in France.

Introduction

Les inégalités sociales sont présentes dans de nombreuses composantes de la société : la justice, l'éducation, le monde du travail, et dans un domaine où elles sont régulièrement mises en avant : la santé. Des inégalités sociales de santé ont été rapportées dans l'ensemble des pays industrialisés et pour un très grand nombre de pathologies (maladies cardio-vasculaires, cancers, etc...) ^[1]. Les patients issus des milieux les plus défavorisés présentent généralement les plus mauvais indicateurs de santé. La position de la France, pourtant pourvue de l'un des meilleurs systèmes de soins au monde, est bien peu enviable comme le montrent ces deux chiffres : d'une part, le gradient de mortalité entre la zone d'emploi du nord du pays et la zone d'emploi du sud varie de plus de 10 ans, d'autre part, l'espérance de vie à 35 ans d'un ouvrier français est inférieure de 6.5 année à celle d'un cadre ^[2]. Grâce à l'utilisation de niveaux géographiques plus discriminants qu'une simple comparaison Nord-Sud, des inégalités géographiques ont été mises en évidence par exemple pour l'obésité infantile ou pour le tabagisme ^[3]. Néanmoins, ces approches ne permettent pas de s'affranchir du biais écologique et donc limitent leur intérêt.

Concernant les pathologies cancéreuses, un célèbre article publié en 1997 par Mackenbach ^[4] soulignait que la France est le pays où les inégalités de mortalité par cancer sont les plus fortes en Europe de l'ouest. Néanmoins, dès lors que l'on cherche à identifier les mécanismes à l'origine de ces inégalités sociales, l'indicateur « mortalité » montre rapidement ses limites. En effet, les inégalités de mortalité sont la résultante des inégalités dans l'incidence des cancers et des inégalités dans la survie des cancers. Or, les facteurs déterminant les inégalités d'incidence et de survie ne sont pas du même ordre. Si l'organisation du système de soins

intervient peu dans les inégalités d'incidence, qui relèvent principalement de l'exposition environnementale et professionnelle ainsi que du mode de vie, son rôle peut-être majeur dans les inégalités de survie ^[5-6].

Malgré le retard accumulé en France dans le domaine de la recherche sur les inégalités sociales et géographiques de santé ^[7], les études visant à identifier les facteurs à l'origine de ces disparités se sont multipliées au cours des dernières années ^[1]. Le même constat que chez nos voisins européens a pu être mis en évidence ^[8-9], et les quelques études menées à ce sujet mettent en exergue l'importance de l'accessibilité géographique et sociale aux centres de soins spécialisés comme facteur explicatif de ces disparités ^[10-11]. Les mécanismes potentiels à l'origine de cette « perte de chance socialement déterminée » sont multiples et divers tout au long du processus de prise en charge des cancers. Il peut s'agir d'un moindre accès au dépistage et à la médecine de premier recours, d'une ignorance des symptômes révélateurs de la maladie, d'une utilisation différente des filières de soins, d'une moindre compliance au traitement ou au suivi. A chacune de ces étapes, plusieurs déterminants interagissent, d'ordre individuel ou collectif, qui s'organisent dans des modèles explicatifs « comportementaux » ou « structurels ».

Dans cette perspective, au même titre que le cancer du sein, le cancer colorectal représente un bon modèle pour l'étude des mécanismes de formation des inégalités sociales, en particulier parce qu'il est fréquent (plus de 37000 nouveaux cas en 2005) ^[12], que son pronostic est étroitement lié à la précocité de sa découverte et qu'il existe une technique valide pour le dépister (recherche de sang occulte dans les selles) et accessible à tous (contrairement à la coloscopie). Ainsi, le dépistage des cancers colorectaux grâce au test HEMOCULT II[®] a été

généralisé à l'ensemble de la France en 2008. La Haute Autorité de Santé envisage désormais la substitution de ce test au gâïac par un test immunologique plus performant. L'étape du dépistage est certainement fondamentale dans la construction des inégalités sociales de survie des patients atteints de cancer colorectal. La faible participation au dépistage est de fait étroitement liée à un faible niveau socio-économique individuel, à un faible niveau d'études et de revenus ^[13-14]. Une étude géographique récente montre que dans les unités géographiques les plus défavorisées la participation au dépistage du cancer colorectal est diminuée d'environ 1/3 (32%) par rapport aux zones favorisées ^[15].

Au-delà du dépistage des cancers, des études récentes soulignent l'importance de l'accès aux traitements initiaux et adjuvants dans la formation des inégalités sociales. Ainsi, l'accès à la chimiothérapie adjuvante explique une part importante des inégalités sociales constatées dans la survie des cancers du colon ^[8]. Lorsque les déterminants sociaux du traitement sont effacés, par exemple dans un essai randomisé où l'ensemble des patients recevaient un traitement strictement comparable, il n'y a alors plus d'influence des caractéristiques socioéconomiques du patient sur sa survie ^[16]. Ces études nous conduisent à penser que l'amélioration de l'accès au dépistage et aux traitements pour les patients les plus défavorisés constitue un moyen d'action potentiel de réduction des inégalités sociales pour les patients atteints d'un cancer.

Au delà du constat, se pose dès lors la question des moyens d'action permettant de lutter efficacement contre la formation des inégalités sociales de santé. Un rapport récent de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) fixe l'objectif à atteindre suivant « Comblé le fossé en une génération – instaurer l'équité en agissant sur les déterminants sociaux de la santé »

(www.who.int/social_determinants). Comme souligné dans ce rapport, la réduction des inégalités sociales de santé est une problématique intersectorielle qui nécessite la mobilisation de l'ensemble des composantes de la société. Ainsi, comme le montre l'abondante littérature sur les déterminants contextuels de la santé ^[17-18], l'amélioration des conditions de vie des habitants d'une zone géographique, qui échappe pour une grande part au strict champ de la médecine et de la santé (augmentation des revenus, amélioration de l'habitat...) se traduit par une amélioration de leur santé. Néanmoins, la lutte contre les inégalités sociales de santé passe également par des interventions spécifiques en santé tournées vers les populations défavorisées. Malheureusement, dans ce domaine, l'évaluation des actions est, surtout en France, extrêmement rare et les décideurs ne disposent que de peu de moyens d'une action raisonnée.

L'objectif de cet article est d'étudier l'intérêt potentiel d'une méthode de lutte contre les inégalités sociales en cancérologie, couramment dénommée « patient navigator » dans les pays anglo-saxons (accompagnateur d'un patient en français) et d'évaluer la faisabilité de sa mise en place en France.

Présentation des programmes d'accompagnement

L'objectif des programmes d'accompagnement des patients est de réduire l'influence des déterminants sociaux de la santé en levant l'ensemble des barrières faisant obstacle à une prise en charge optimale des populations défavorisées tout au long de la filière de soins. Ces programmes, quasi-exclusivement entrepris en Amérique du nord, ont principalement été développés sur la question de l'accès au traitement après un dépistage laissant présager un cancer. Si la majorité des projets d'intervention ciblent en priorité des populations défavorisées, des programmes plus

vastes peuvent également concerner une collectivité particulière (typiquement une Health Maintenance Organization (HMO), organisme qui intègre la fonction de financeur des soins (assureur) et la fonction de producteur de soins).

Le premier programme d'accompagnement a été conduit dans un quartier de New-York fortement affecté par la pauvreté. Partant du constat d'une sur-mortalité par cancer du sein dans le quartier de Harlem (New-York, USA) au début des années 90, ce programme d'accompagnement a été mis en place par le docteur Freeman afin de lutter contre les disparités subies par les populations défavorisées ayant une suspicion de cancer du sein, du colon, du col de l'utérus et de la prostate ^[19-20]. Principalement, trois types de barrières étaient rencontrés par ces populations ^[21]:

- Les barrières financières : non éligibilité au programme de gratuité des soins Medicare et Medicaid, perte d'emploi ayant entraîné la perte de l'assurance santé
- Les barrières logistiques : problème d'accessibilité physique aux soins
- Les barrières socio-culturelles : problème de compréhension du langage, manque de soutien social.

Les objectifs principaux de cette intervention étaient : d'augmenter la participation des populations défavorisées au dépistage des cancers, de fournir un accompagnement aux patients atteints d'un cancer ou présentant des signes anormaux suite à un dépistage de cancer, et enfin d'inciter les initiatives locales d'éducation vis à vis du dépistage. Ce projet a été conduit en 3 phases consécutives. Durant les 6 premiers mois de ce projet, l'accompagnateur a visité les patients atteints de cancer de l'hôpital d'Harlem afin de se familiariser avec les problèmes rencontrés par ces patients. Durant l'année suivante, l'accompagnateur a proposé l'intervention

aux patients présentant des signes anormaux suite à un dépistage. Devant la difficulté d'accompagner deux populations dont les préoccupations étaient très différentes (patients atteints d'un cancer VS. patients ayant une suspicion de cancer), il a été décidé de s'occuper en priorité des patients ayant une suspicion de cancer. Enfin, pour les 10 mois restant, un deuxième accompagnateur parlant espagnol a été recruté. Cette première étude d'accompagnement évaluée a entraîné une augmentation, non significative probablement en raison d'un effectif relativement faible (N=1136), du nombre de biopsies effectuées dans le groupe ayant reçu l'intervention par rapport à un groupe témoin (85.7% des patients ayant reçu une biopsie dans le groupe accompagné contre 56.5% dans le groupe non navigué). Néanmoins, le délai de réalisation de la biopsie a été diminué (71.4% des patients ont effectué une biopsie en moins de 4 semaines contre 38.5% dans le groupe non navigué ($p < 0.05$)).

Depuis cette étude novatrice, plusieurs dizaines d'interventions mettant à la disposition des plus défavorisés des accompagnateurs se sont développées en Amérique du Nord (USA et Canada). Ces projets d'intervention font aujourd'hui l'objet d'un vaste plan de recherche organisé par le National Cancer Institute (<http://www.cancer.gov/cancertopics/factsheet/nci/patientnavigator>). Ce programme de recherche vise à évaluer l'efficacité des programmes d'accompagnement à travers une large étude comprenant 9 sites et 4 localisations cancéreuses. Les critères d'efficacité principaux de ce programme sont : - le délai d'accès au diagnostic, le délai d'accès à un traitement, l'évaluation de la qualité de vie des patients et, enfin, le coût efficacité du programme. Les critères de jugement

secondaires sont : - le taux de thérapies complètes, la qualité des soins, l'activité des accompagnateurs^[22].

Ce programme de recherche est le premier à ce jour à proposer une évaluation économique précise. L'accompagnement du dépistage bénéficiant d'un financement socialisé, son efficacité doit être démontrée avant d'être généralisé. Les quelques auteurs évoquant la question économique font état d'un coût élevé lié à la mobilisation intensive du facteur travail. Le coût de l'action dépend essentiellement du niveau de qualification de l'accompagnateur. Or, il existe une grande variété de profils professionnels en charge de l'accompagnement (profane, infirmière, assistante sociale, éducateur, assistant de recherche, ou personne ayant survécu au cancer). Les stratégies de réduction des coûts de personnel consistent à recourir à des accompagnateurs moins qualifiés ou à réduire leur temps de formation. Les interventions menées dans le cadre de Medicare et Medicaid envisagent ainsi de remplacer les infirmiers par des travailleurs sociaux. Les expériences passées suggèrent pourtant que cette stratégie est certes moins coûteuse mais aussi moins efficace^[23].

Il demeure particulièrement difficile de quantifier exactement le nombre de ces programmes d'accompagnement en l'absence, d'une part, d'un cadre formel définissant l'action des accompagnateurs et, d'autre part d'une banque de données des actions déjà mises en place.

Rôle des accompagnateurs

Le rôle de l'accompagnateur est d'entreprendre l'ensemble des actions possibles permettant de lever les barrières limitant ou retardant la réception d'un acte médical. Le rôle « pro-actif » de l'accompagnateur est à souligner ici. Son rôle est non seulement d'identifier les

barrières d'accès aux soins mais également, dans la mesure du possible, de les anticiper. Sans être exhaustives en raison du caractère individualisé de leur action ^[21], les modalités d'actions peuvent varier du simple appel téléphonique permettant de mettre en valeur l'intérêt d'un acte de dépistage par exemple, à la prise de rendez-vous chez le médecin, à l'organisation de la garde des enfants pendant les soins, à l'accompagnement physique du patient à la consultation, à la possibilité de recourir à un interprète afin d'améliorer la compréhension ou encore au soutien psychologique des patients pendant les soins. En dehors d'un effort d'information, il est à préciser que l'accompagnateur n'effectue en aucun cas le travail à la place du médecin ou plus généralement de l'ensemble des soignants.

Les accompagnateurs étant à l'interface entre les soignants et les travailleurs sociaux, la formation pré-requise est très diverse selon les protocoles d'études. Les accompagnateurs sont issus, selon les études, majoritairement de deux corps de métiers, d'une part des infirmières et, d'autre part des assistantes sociales. Dans le contexte américain où les accompagnateurs s'adressent principalement à des communautés ethniques ciblées, ces derniers sont majoritairement recrutés au sein des communautés dont ils vont avoir la charge (« Native Sisters »).

Bien que des travailleurs sociaux soient déjà présents dans les structures de soins, les accompagnateurs se distinguent de ces derniers par le fait d'une part, que leurs actions sont ciblées sur une population particulière (généralement défavorisée), d'autre part, les accompagnateurs peuvent être amenés à suivre le patient tout au long de la filière de soins (du dépistage à l'arrêt des traitements). Les accompagnateurs doivent travailler en synergie avec les différents travailleurs sociaux présents dans l'ensemble des structures de soins que va fréquenter le patient au cours de sa thérapie afin d'assurer la meilleure prise en charge possible.

Analyse des déterminants psychosociaux de l'influence de l'accompagnateur au dépistage

Pour le patient, l'intérêt de l'intervention de l'accompagnateur sur le dépistage réside surtout dans son orientation individualisée, centrée sur ses besoins et ses caractéristiques. Cette orientation individualisée n'est pas sans conséquence psychologique sur son vécu émotionnel et ses croyances en matière de dépistage, mais aussi sur son degré d'adhésion au dépistage et au traitement. En effet, l'accompagnateur peut remplir plusieurs rôles complémentaires, permettant de lever différentes barrières au dépistage. Il constitue un support social pouvant prendre trois formes non exclusives -émotionnelle, informationnelle, et instrumentale- chacune étant plus ou moins mobilisées selon les cas ^[24]. En ce qui concerne le versant émotionnel, l'accompagnateur au dépistage peut établir une relation d'empathie et de confiance, permettant au patient d'évoquer d'éventuelles craintes (voire son angoisse ou son stress) face à la procédure de dépistage et au diagnostic qui en découle. Ces craintes constituent des facteurs inhibiteurs que l'accompagnateur peut lever directement avec le patient ^[25]. Lever les barrières émotionnelles permet également de conduire les patients à prendre des décisions quant à la réalisation du dépistage fondées davantage sur des critères rationnels que sur des critères émotionnels. L'accompagnateur peut aussi avoir pour fonction essentielle de conseiller, d'informer le patient sur la nature des démarches et la manière de les mener, mais aussi sur le cancer lui-même et l'intérêt du dépistage précoce par exemple. De ce fait, les croyances « profanes » qui constituent un frein au dépistage peuvent être dépassées pour laisser place à une connaissance plus réaliste et mobilisatrice du comportement de dépistage et faciliter ainsi l'adhésion au traitement. En augmentant leur degré de connaissance, les patients peuvent devenir plus favorables au dépistage. Une autre conséquence du travail informationnel de l'accompagnateur est donc de faciliter une prise de

décision plus « éclairée » chez les patients. Enfin, si le patient décide d'entreprendre un dépistage, l'accompagnateur peut servir de support instrumental en apportant une aide pour la mise en œuvre des actions nécessaires (aide à la planification et à la prise de rendez-vous par exemples) en vue d'un dépistage ou d'un traitement ^[26]. Au-delà de trouver des solutions aux contraintes rencontrées par le patient pour réaliser ces actions (par exemple garde des enfants pendant les soins ou les examens), à un niveau plus psychologique, l'aide de l'accompagnateur permet de renforcer le lien entre les intentions du patient de réaliser certaines actions et la réalisation effective de ses actions. De ce fait, le patient peut se sentir davantage engagé dans sa propre démarche, ce qui peut contribuer à augmenter son adhésion au dépistage et au traitement.

Principaux résultats concernant l'efficacité des accompagnateurs

Influence des programmes d'accompagnement sur la participation des patients aux campagnes de dépistage

La participation au dépistage des cancers a souvent été rapportée comme socialement stratifiée ^[27]. L'une des actions les plus fréquentes a été la mise en place d'un programme d'accompagnateur pour améliorer l'accès aux coloscopies (une des stratégies recommandée pour le dépistage des cancers colorectaux aux Etats-Unis) pour les populations défavorisées. Ainsi, une étude a été conduite au sein du Lincoln Medical Center situé dans l'un des quartiers les plus défavorisés de New-York ^[28]. Dans cette étude, l'intervention consistait à permettre aux populations défavorisées de contacter deux accompagnateurs situés dans l'hôpital et chargés de faciliter la prise de rendez-vous pour la réalisation de la coloscopie. Cette intervention, conjointe à la mise en place d'un circuit de consultation plus rapide, a permis la chute importante du

nombre de rendez-vous annulés et, en conséquence, une hausse significative du nombre de coloscopies réalisées chez les femmes et les bénéficiaires de l'assurance sociale Medicaid (le nombre moyen de coloscopie réalisée par mois passant respectivement de 37.5 à 76.0 pour les femmes et 17.0 à 48.4 pour les patients relevant de Medicaid) .

Un essai contrôlé randomisé conduit sur une population défavorisée du Massachusetts a été réalisé dans le but d'augmenter la participation au dépistage des cancers colorectaux sur 409 patients ^[29]. Cinq travailleurs sociaux, possédant tous un diplôme du supérieur et la maîtrise d'une langue étrangère, ont été recrutés en qualité d'accompagnateur. Les accompagnateurs recevaient une formation de 6h sur le dépistage des cancers colorectaux. L'intervention consistait en l'envoi d'une lettre d'information puis d'un appel téléphonique dans une langue maîtrisée par le patient. Lors de ce contact téléphonique, l'accompagnateur devait conjointement améliorer les connaissances des sujets sur le cancer colorectal et identifier les barrières potentielles au dépistage. Enfin, l'accompagnateur a été chargé d'aider le sujet à prendre rendez-vous, de rappeler l'imminence de ce rendez-vous, d'informer le sujet sur les modalités de préparation à l'examen et d'organiser le transport. Les auteurs montraient une augmentation significative de la participation au dépistage du cancer colorectal (27,4% dans le bras intervention contre 11,9% dans le bras témoin). Les auteurs notaient que l'intervention était plus efficace pour les sujets âgés, les femmes, les sujets dépourvus d'une assurance privée et pour les sujets n'appartenant pas à la communauté latino-américaine. Enfin, l'intervention était plus efficace pour les sujets parlant anglais que pour les sujets dont la langue anglaise n'était pas la langue maternelle. Les auteurs expliquaient ce phénomène par le taux élevé de sujets dont la langue anglaise n'était pas la langue maternelle ayant reçu un dépistage dans le groupe témoin, probablement explicable par une contamination des deux groupes.

Une étude conduite à New-York s'intéressant à la coloscopie de dépistage du cancer du colon ^[30]. L'intervention, conduite par une professionnelle de l'éducation à la santé bilingue, consistait par un appel téléphonique suivi d'instruction par courriel sur la préparation à la coloscopie, et enfin de deux rappels respectivement à deux semaines et à 3 jours de la coloscopie. Cette étude montrait que les patients ayant reçu un accompagnement étaient près de 66% à avoir effectué cette coloscopie (en l'absence de groupe témoin dans cette étude, pour mémoire le taux national de participation pour les minorités était d'environ 54%). De plus, parmi les patients ayant effectué la coloscopie, 2/3 des patients déclaraient dans un questionnaire qu'ils n'auraient pas effectué cette coloscopie sans accompagnement.

Des résultats similaires ont également été retrouvés dans les études s'intéressant à la participation des femmes au dépistage des cancers du sein par mammographie ou au dépistage des cancers du col de l'utérus. Ainsi, un programme d'intervention a montré une amélioration de la participation des femmes au dépistage des cancers du sein dans une communauté de femmes défavorisées de l'agglomération de Denver ^[31]. Cette étude visait également à comparer deux types de stratégie d'accompagnement. La première stratégie consistait à organiser l'accompagnement grâce à une rencontre en face-à-face. La seconde stratégie consistait à organiser l'accompagnement à l'aide de rendez-vous téléphoniques précédés de l'envoi d'un kit d'information. Les deux méthodes d'accompagnement présentaient des résultats similaires sur la participation des femmes à la mammographie.

Une étude américaine s'intéressant au dépistage des cancers du col de l'utérus au sein d'une communauté de femmes immigrées de Corée du Sud a montré une augmentation

spectaculaire de près de 71% de la participation à ce dépistage après l'intervention d'un accompagnateur ^[32]. Toutefois, il convient de relativiser l'effet de l'accompagnateur dans cette spectaculaire augmentation. En effet, l'action de l'accompagnateur a été doublée d'une session d'information. Le bras témoin a reçu une information généraliste sur la santé incluant des notions sur le cancer du col de l'utérus alors que la session d'information a été centrée sur le cancer du col de l'utérus dans le bras intervention.

Influence des programmes d'accompagnateur intervenant sur des patients ayant reçu un diagnostic de cancer

A côté des études s'intéressant au dépistage des cancers, des programmes d'accompagnement ont également été envisagés sur des patients après le diagnostic de leur cancer. Bien que moins nombreuses, ces études rapportent des résultats intéressants.

Une étude conduite au sein du Harlem Hospital Tumor Registry mérite une attention particulière ^[33,20]. En effet, cette étude a cherché à évaluer le bénéfice en termes d'amélioration du stade au diagnostic de l'intervention pionnière lancée par le Dr Freeman en 1990. Les auteurs de ces articles ont mis en évidence une amélioration du stade au diagnostic depuis la mise en place de leur intervention, le taux de stade de découverte tardif (stade III et IV) passant de 49% avant l'intervention à 21% dans la dernière période d'étude. De plus, la survie brute à 5 ans des patientes après l'intervention a augmenté jusqu'à 70.2% contre 39% avant l'intervention. Néanmoins, en dehors des limites inhérentes au biais d'avance au diagnostic, la part attribuable à l'action de l'accompagnateur dans ce glissement des stades de découverte vers des stades plus précoces reste incertaine puisque la mise en place d'un accompagnateur a été complétée de la

mise en place d'une consultation gratuite et d'un programme d'éducation à la santé. Des études visant spécifiquement l'impact de l'introduction d'un programme d'accompagnement sur une amélioration du stade d'extension du cancer au moment de sa découverte mériteraient d'être conduites.

La compliance aux traitements adjuvants étant l'un des facteurs contribuant à la formation des inégalités sociales, des études ont également été conduites afin d'améliorer l'accès à ces traitements. Ainsi, une intervention proposée au sein d'une communauté d'indiens d'Amérique du Dakota du Sud a montré une amélioration de la compliance à la radiothérapie ^[34]. A l'opposé, un vaste essai contrôlé randomisé portant sur 487 femmes atteintes d'un cancer du sein ou d'un cancer gynécologique n'a pas été en mesure de montrer une augmentation de la participation aux traitements adjuvants dans le groupe ayant reçu l'accompagnement. Les auteurs soulignent que le taux d'accès aux traitements adjuvants était particulièrement élevé dans la population de l'étude en dehors de l'intervention, évoquant de ce fait un manque de puissance pour montrer une association significative ^[35].

Une étude a également rapporté une amélioration du suivi des patients grâce à une plus grande participation des patientes atteintes d'un cancer du sein aux consultations de suivi ^[36]. Une autre a montré comment les accompagnateurs amélioraient le bien-être des patients pendant le traitement ^[37].

Pertinence d'une intervention d'accompagnement au dépistage en France

Les études visant spécifiquement les populations en situation de précarité sont rares en

France. En effet, si des efforts sont régulièrement entrepris pour lutter contre les inégalités sociales, ces efforts relèvent le plus souvent d'initiative locale (et sont rarement évalués. Néanmoins, une étude concernant le dépistage des cancers du col utérin dans les quartiers défavorisés de Marseille mérite d'être citée ^[38]. Cette étude montrait qu'une lettre d'invitation des femmes en vue de la réalisation d'un frottis était insuffisante. L'ajout d'une information par des relais sociaux permettait d'augmenter la participation qui demeurait néanmoins très faible (augmentation de la participation de 1.42% à 5.58%).

Les études d'intervention proposant un accompagnement à des populations socialement défavorisées ont montré leur efficacité en Amérique du Nord. Néanmoins, dès lors que se pose la question de leur reproductibilité en France et plus largement en Europe, il importe de savoir si les déterminants sociaux de la santé sont comparables entre les deux continents. Aux Etats-Unis, l'accès à une assurance maladie est un facteur majeur dans la formation des inégalités sociales de santé ^[39]. Bien que l'accès à une complémentaire santé soit inégalitaire en France, cette question est probablement moins prépondérante dans notre pays. Il est à noter que les études d'accompagnement proposées aux Etats-Unis, ne proposent généralement pas de couvrir les frais engagés. Ceci nous laisse à penser que cette différence ne représente pas un obstacle majeur concernant la reproductibilité de ce type d'intervention en France. Les autres déterminants sociaux de la santé rapportés aux Etats-Unis, comme la distance d'accès aux soins, le manque de soutien social, le revenu ont été également identifiés comme tels en France.

Une autre différence potentielle en termes de reproductibilité de ces actions concerne la population cible. Aux Etats-Unis, ces actions sont proposées à des communautés souvent ethniquement déterminées (afro-américain etc...) pour lesquelles il existe une inégalité face à un

indicateur de santé. En France, il n'est pas d'usage de favoriser la culture communautaire et l'identification des populations cible repose davantage sur l'appartenance à un mode spécifique de protection sociale ou plus souvent sur le lieu de résidence. Ce dernier a le double avantage d'être facilement opérationnel et de correspondre à un vrai déterminant de la santé dans le domaine des cancers, déterminant par exemple l'accès au dépistage ^[15], la détermination des filières de soins ^[40-41] ou bien encore le pronostic des cancers ^[9]. Toutefois, même s'il existe des différences dans l'identification des populations précaires nécessitant un accompagnement, cela ne constitue pas pour autant une difficulté majeure dans l'évaluation de l'intérêt du dispositif.

Une étude d'intervention multicentrique à unité de randomisation collective sera conduite prochainement en France afin d'améliorer la participation des personnes les plus défavorisées au dépistage organisé des cancers colorectaux dans les plusieurs départements du Cancéropôle Nord-Ouest. Deux groupes parallèles, stratifiés sur le type d'IRIS (plus petite entité géographique pour laquelle on dispose de statistiques socio-économiques) seront construits:

- un groupe témoin, dans lequel les stratégies d'invitation des patients au dépistage et de remise des tests ne seront pas modifiées par rapport à l'organisation déjà en vigueur et correspondront aux directives du cahier des charges national
- un groupe intervention, dans lequel l'action d'un accompagnateur au dépistage sera ajoutée au dispositif déjà en vigueur.

En moyenne, 2500 sujets par bras (intervention/ témoin) seront inclus dans chaque département.

Comme dans les études conduites aux Etats-Unis, le rôle de l'accompagnateur dans chaque département sera d'entreprendre auprès de la population qui lui aura été affectée l'ensemble des actions possibles permettant de lever les barrières empêchant ou retardant la réalisation du dépistage. Le critère de jugement principal sera le taux de participation au programme de dépistage et les délais de sa réalisation. Une évaluation économique (étude coût-efficacité) sera également conduite. Enfin, un questionnaire sera envoyé à un échantillon représentatif pour investiguer les mécanismes psychologiques de l'action des accompagnateurs.

Une étude de faisabilité est actuellement conduite dans le département de l'Orne afin de détailler les besoins spécifiques des personnes en difficulté et d'adapter les actions de l'accompagnateur.

Conclusion

A l'image du nouveau plan cancer, les objectifs de la politique nationale de santé intègrent désormais la réduction des inégalités sociales. Les programmes d'accompagnement ont fait à l'étranger la preuve de leur efficacité, en particulier dans l'amélioration de l'accès des populations défavorisées au dépistage ou aux traitements adjuvants des cancers. La conduite de ce type d'étude d'intervention en France représente une voie de recherche particulièrement prometteuse dans le domaine des inégalités sociales et géographiques de santé. L'évaluation économique et l'évaluation des mécanismes psychologiques de l'action des accompagnateurs de ce type d'intervention est indispensable à la mise en place d'une politique globale et raisonnée de réduction des inégalités de santé.

Remerciements

Les auteurs tiennent à remercier l'ensemble du personnel de la structure de gestion du dépistage du département de l'Orne et plus particulièrement sa directrice Mme Annick Notari. Les auteurs souhaitent également remercier Mlle Estèle Bianeiss. Enfin, nous souhaitons remercier le Cancéropôle nord-ouest pour son soutien financier.

Références

1. Leclerc A, Kaminski M, Lang T. *Inégaux face à la santé*. Paris, INSERM-La découverte 2008.
2. Haut comité de la santé publique. *La santé en France 2002*. Paris, La documentation française, 2002, 410 pages.
3. Chauvin P, Lebas J. Inégalités et disparités sociales de santé. In : Bourdillon F, Brücker G, Tabuteau D, eds. *Traité de santé publique*. Paris : Flammarion Médecine Sciences, 2007 (2ème édition revue et augmentée), 331-41
4. Mackenbach JP, Kunst AE, Cavelaars A, Groenhof F, Geurts JJM, Andersen O, et al. Socioeconomic inequalities in morbidity and mortality in western Europe. *Lancet* 1997; 349 (9066):1655-9.
5. Woods L, Rachet B, Coleman M. Origins of socio-economic inequalities in cancer survival: a review. *Ann Oncol*. 2006; 17(1):5-19.
6. Hiatt R, Breen N. The social determinants of cancer: a challenge for transdisciplinary science. *Am J Prev Med*. 2008; 35(2 Suppl):S141-50.
7. Goldberg M, Melchior M, Leclerc A, Lert F. Epidemiology and social determinants of health inequalities. *Rev Epidemiol Sante Publique* 2003;51(4):381-401
8. Herbert C, Launoy G (2000) ; Les cancers ; in Leclerc A, Fassin D, Grandjean H, *et al. Les inégalités sociales de santé*. Paris, INSERM- La découverte 2000.
9. Dejardin O, Bouvier A, Faivre J, Boutreux S, De Pouvourville G, Launoy G. Access to care, socioeconomic deprivation and colon cancer survival. *Aliment Pharmacol Ther* 2008; 27(10):940-9
10. Dejardin O, Remontet L, Bouvier AM, Danzon A, Tretarre B, Delafosse P, et al. Socioeconomic and geographic determinants of survival of patients with digestive cancer in France. *Br J Cancer* 2006; 95(7):944-9
11. Blais S, Dejardin O, Boutreux S, Launoy G. Social determinants of access to reference care centres for patients with colorectal cancer - A multilevel analysis. *Eur J Cancer* 2006; 42(17): 3041-48
12. Belot A, Grosclaude P, Bossard N, Jouglu E, Benhamou E, Delafosse P, et al. Cancer incidence and mortality in France over the period 1980-2005. *Rev Epidemiol Sante Publique* 2008; 56(3):159-75.

13. Herbert C, Launoy G, Gignoux M. Factors affecting compliance with colorectal cancer screening in France: differences between intention to participate and actual participation. *Eur J Cancer Prev* 1997; 6(1):44-52
14. Ioannou G, Chapko M, Dominitz J. Predictors of colorectal cancer screening participation in the United States. *Am J Gastroenterol* 2003; 98(9):2082-91
15. Pernet C, Dejardin O, Morlais F, Bouvier V, Launoy G. Socioeconomic Determinants for Compliance to Colorectal Cancer Screening. A Multilevel Analysis. *J Epidemiol Community Health* 2010; 64(4):318-24
16. Nur U, Rachet B, Parmar M, Sydes M, Cooper N, Lepage C, et al. No socioeconomic inequalities in colorectal cancer survival within a randomised clinical trial. *Br J Cancer* 2008; 99(11):1923-8
17. Chaix B, Chauvin P. The contribution of multilevel models in contextual analysis in the field of social epidemiology: a review of literature. *Rev Epidemiol Sante Publique* 2002 50(5): 489-99
18. Chauvin P, Parizot I, eds. *Santé et expériences de soins : de l'individu à l'environnement social*. Paris, Editions Inserm-Vuibert, 2005, 300 pages
19. Freeman H, Muth B, Kerner J Expanding access to cancer screening and clinical follow-up among the medically underserved. *Cancer Pract* 1995; 3(1): 19-30
20. Freeman H. Patient navigation: a community centered approach to reducing cancer mortality *J Cancer Educ* 2006; 21 (supp): S11-S14
21. Wells K, Battaglia T, Dudley D, Garcia R, Greene A, Calhoun E, et al. Patient navigation: state of the art or is it science? *Cancer* 2008; 113(8):1999-2010
22. Freund K, Battaglia T, Calhoun E, Dudley D, Fiscella K, Paskett E, et al. National Cancer Institute Patient Navigation Research Program: methods, protocol, and measures. *Cancer* 2008; 113(12):3391-9
23. Dohan D, Schrag D. Using navigators to improve care of underserved patients: current practices and approaches. *Cancer* 2005; 104(4):848-55
24. House, J. S. (1981). *Work stress and social support*. Reading, MA: Addison-Wesley.
25. Ngoc Nguyen T, Tanjasiri S, Kagawa-Singer M, Tran J, and Foo M. Community Health Navigators for Breast- and Cervical-Cancer Screening Among Cambodian and Laotian Women: Intervention Strategies and Relationship-Building Processes. *Health Promot Pract* 2008; 9(4): 356 - 367.
26. Calhoun E, Whitley E, Esparza A, Ness E, Greene A, Garcia R, et al. A National Patient Navigator Training Program. *Health Promot Pract* 2010; 11(2):205-15.

27. Pruitt S, Shim M, Mullen P, Vernon S, Amick Br. Association of area socioeconomic status and breast, cervical, and colorectal cancer screening: a systematic review. *Cancer Epidemiol Biomarkers Prev* 2009; 18(10):2579-99
28. Nash D, Azeez S, Vlahov D, Schori M. Evaluation of an intervention to increase screening colonoscopy in an urban public hospital setting. *J Urban Health* 2006; 83(2):231-43
29. Percac-Lima S, Grant R, Green A, Ashburner J, Gamba G, Oo S, et al. A culturally tailored navigator program for colorectal cancer screening in a community health center: a randomized, controlled trial. *J Gen Intern Med.* 2009; 24(2):211-7
30. Chen L, Santos S, Jandorf L, Christie J, Castillo A, Winkel G, et al. A program to enhance completion of screening colonoscopy among urban minorities. *Clin Gastroenterol Hepatol* 2008; 6(4):443-50
31. Dignan M, Burhansstipanov L, Hariton J, Harjo L, Rattler T, Lee R, et al. A comparison of two Native American Navigator formats: face-to-face and telephone. *Cancer Control* 2005;12 Suppl 2:28-33
32. Fang C, Ma G, Tan Y, Chi N. A multifaceted intervention to increase cervical cancer screening among underserved Korean women. *Cancer Epidemiol Biomarkers Prev* 2007; 16(6):1298-302
33. Oluwole S, Ali A, Adu A, Blane B, Barlow B, Oropeza R, et al. Impact of a cancer screening program on breast cancer stage at diagnosis in a medically underserved urban community. *J Am Coll Surg.* 2003; 196(2):180-8
34. Petereit D, Molloy K, Reiner M, Helbig P, Cina K, Miner R, et al. Establishing a patient navigator program to reduce cancer disparities in the American Indian communities of Western South Dakota: initial observations and results. *Cancer Control* 2008; 15(3):254-9
35. Ell K, Vourlekis B, Xie B, Nedjat-Haiem F, Lee P, Muderspach L, et al. Cancer treatment adherence among low-income women with breast or gynecologic cancer: a randomized controlled trial of patient navigation. *Cancer* 2009; 115(19):4606-15
36. Ell K, Padgett D, Vourlekis B, Nissly J, Pineda D, Sarabia O, et al. Abnormal mammogram follow-up: a pilot study women with low income. *Cancer Pract* 2002; 10(3):130-8
37. Giese-Davis J, Bliss-Isberg C, Carson K, Star P, Donaghy J, Cordova M, et al. The effect of peer counseling on quality of life following diagnosis of breast cancer: an observational study. *Psychooncology* 2006;15(11):1014-22
38. Piana L, Leandri F, Jacqueme B, Heid P, Corti J, Andrac-Meyer L, et al. [Organized cervical cancer screening for underprivileged women]. *Bull Cancer* 2007 ;94(5):461-7

39. Ward E, Halpern M, Schrag N, Cokkinides V, DeSantis C, Bandi P, et al. Association of insurance with cancer care utilization and outcomes. *CA Cancer J Clin* 2008; 58(1):9-31
40. Herbert C, Lefevre H, Gignoux M, Launoy G. Influence of social and occupational class and area of residence on management and survival in patients with digestive tract cancer: a population study in the Calvados area (France). *Rev Epidemiol Sante Publique* 2002; 50(3):253-64.
41. Madelaine J, Guizard AV, Lefevre H, Lecarpentier MM, Launoy G. Diagnosis, treatment, and prognosis of lung cancer in the Manche (France) (1997-1999) according to patients socioeconomic characteristics. *Rev Epidemiol Sante Publique* 2002; 50(4):383-92