

13^e

CONGRÈS NATIONAL DES
OBSERVATOIRES RÉGIONAUX
DE LA SANTÉ

L'OBSERVATION
SANTÉ, SOCIAL, MÉDICOSOCIAL
NOUVEAU PÉRIMÈTRE,
NOUVEAUX ENJEUX



4&5 AVRIL 2013 BORDEAUX PALAIS DES CONGRÈS Congrès organisé par la Fnors et l'ORS Aquitaine

APPORTS DES COHORTES LONGITUDINALES DANS LA COMPRÉHENSION DES INÉGALITÉS FACE AU CANCER. EXEMPLE À PARTIR DES SARCOMES EN RHÔNE-ALPES

FAYET Y., CHASLES V., RAY-COQUARD I., DUCIMETIÈRE F.



Le cancer en France

- 1^{ère} cause de mortalité malgré l'amélioration constante de la survie
- Progression des inégalités (incidence, morbidité, mortalité)
- Objectif récurrent des politiques publiques mais un constat « d'échec » (A. Buzyn)
- Axe central du prochain Plan Cancer

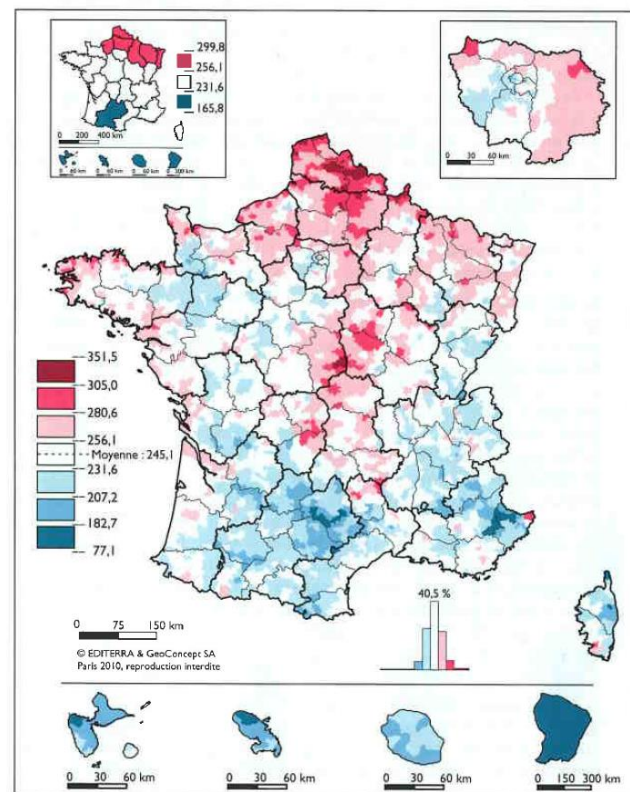
Tableau 2 Indice relatif d'inégalités selon le niveau d'études pour la mortalité tous cancers et par localisation en fonction de la période (Hommes), France, 1968-1996 / Table 2 Relative Indices of Inequality (RIIs) related to education for cancer mortality, by cancer site and by period (Men), France, 1968-1996

	1968-1974		1975-1981		1982-1988		1990-1996	
	N ¹	IRI [(IC 95 %)]	N ¹	IRI [(IC 95 %)]	N ¹	IRI [(IC 95 %)]	N ¹	IRI [(IC 95 %)]
Tous cancers	1 434	1,52 [1,24-1,87]	1 752	2,12 [1,77-2,55]	2 229	2,20 [1,87-2,59]	2 254	2,29 [1,96-2,69]
Poumon	271	1,08 [0,68-1,70]	409	2,03 [1,39-2,98]	564	2,22 [1,60-3,08]	607	2,31 [1,70-3,14]
VADS*	232	2,30 [1,37-3,85]	334	3,45 [2,24-5,32]	450	6,06 [4,07-9,03]	381	4,38 [2,93-6,54]
Oesophage	126	2,58 [1,26-5,29]	140	3,22 [1,65-6,27]	166	4,27 [2,26-8,07]	147	5,21 [2,68-10,12]
Côlon-rectum	123	1,06 [0,54-2,10]	138	2,46 [1,26-4,79]	127	1,50 [0,76-2,93]	165	1,63 [0,91-2,90]
Autres cancers	682	1,49 [1,11-1,99]	731	1,58 [1,19-2,09]	922	1,32 [1,03-1,69]	954	1,68 [1,32-2,13]

* VADS : voies aérodigestives supérieures.

¹ Nombre de cancers.

Champ : Hommes nés en France métropolitaine, âgés de 30 à 64 ans en début de période et appartenant à l'Échantillon démographique permanent de l'Insee.



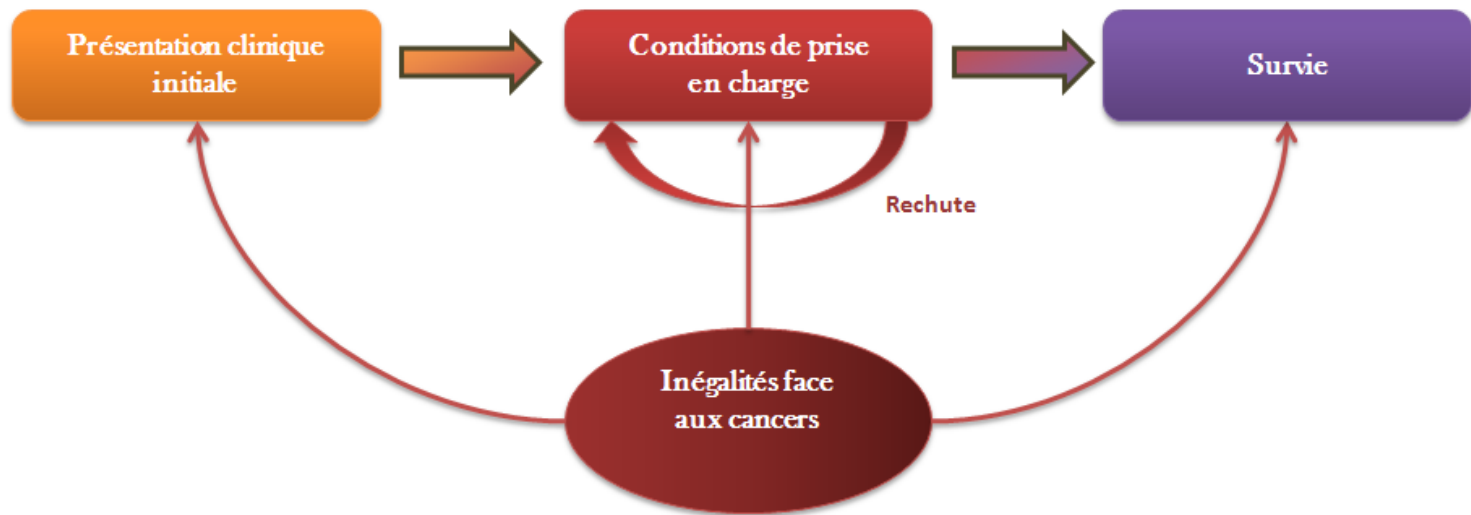
Mortalité par cancers.

Taux standardisé sur l'âge et le sexe pour 100 000 habitants en 2001-2007.

Sources : Inserm CépiDc, Insee, Fnors.

Quels écueils à dépasser?

- Inégalités de mortalité, reconstituer une chronologie et un processus sur le temps long



- Des facteurs de risque bien identifiés mais des résultats et des recherches morcelées
- Difficulté à évaluer l'implication des différents facteurs et à reconstituer le processus

Pratiques médicales et sarcomes

- Sarcomes, tumeurs rares, large spectre d'entités histopathologiques (> 50 sous-types - WHO 2002), étiologie et épidémiologie méconnues
- Méconnaissance et diversité posent des problèmes spécifiques en matière de diagnostic (Pourcentage d'erreur : 24 à 40%) et de prise en charge
- Erreurs qui peuvent être gravissimes pour le patient lors de la prise en charge initiale (chirurgie)

- Etudes de pratiques médicales:
 - Recueil de données sur l'intégralité de la prise en charge, retracer l'histoire médicale du patient
 - Evaluation de la conformité de la prise en charge vis-à-vis des référentiels de pratiques
 - Etude de l'impact de la conformité sur la survie des patients

La cohorte EMS

- Etude prospective 2005-2006 + suivi à 5 ans dans toute la région Rhône-Alpes (EMS)
- Constitution d'une cohorte exhaustive : tous les patients RA (840 patients)
 - Partenariat avec les pathologistes, recueil et vérification des diagnostics
 - Monitoring des dossiers patients dans les différents hôpitaux de la région

7.1. Conformité au référentiel:

	Oui	Non	NA	Commentaires :
7.1.1. Bilan pré-thérapeutique conforme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
7.1.2. Histologie conforme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
7.1.3. Chirurgie initiale conforme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
7.1.4. Chirurgie de reprise conforme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
7.1.5. Chirurgie des sites métastatiques conforme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
7.1.6. Chimiothérapie conforme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
7.1.7. Radiothérapie conforme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
7.1.8. Surveillance post-thérapeutique conforme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
<i>Conformité globale TOTALE.....</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____

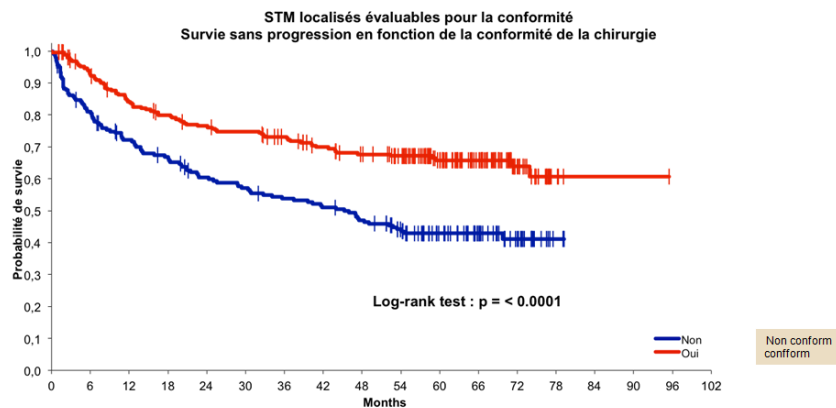
Résultats des évaluations de pratiques

Conformity to CPGs of sarcoma patients	N=472 (%)
optimal initial examination	277(59)
initial surgery	249 (55)
radiation therapy	340 (85)
chemotherapy	415 (95)
follow-up	323 (84)

Global conformity : 254 (36%)

Heudel *et al*, Abstr ESMO 2012

Surgical procedure conformity and PFS for STS patients



Oral ESMO sept 2012 - Derbel *et al*, 2012

Adhesion to CPGs	Specialized hospital	Private or general hospital	Chi-2 test
Diagnostic procedures	83%	54%	<0.001
Surgery	81%	54%	<0.001
Follow up	94%	76%	<0.001

Heudel *et al*, Abstr ESMO 2012

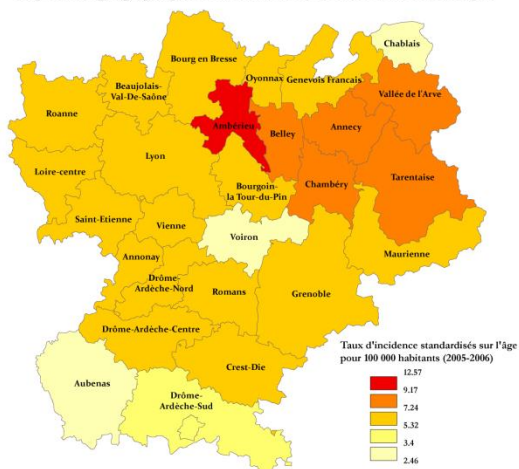
L'approche interdisciplinaire

- Nécessité de l'ouverture interdisciplinaire pour l'étude des inégalités de santé
- Importance des inégalités géographiques de santé et de cancer, reconnaissance de la territorialité de la santé (cf congrès, publications, loi HPST)
- Géographie de la santé : « Analyse spatiale des disparités de niveaux de santé des populations et des facteurs environnementaux (physiques, biologiques, sociaux, économiques et culturels) qui concourent à expliquer ces inégalités » (Picheral, 2001)
- Mieux comprendre la construction territoriale des inégalités face au cancer

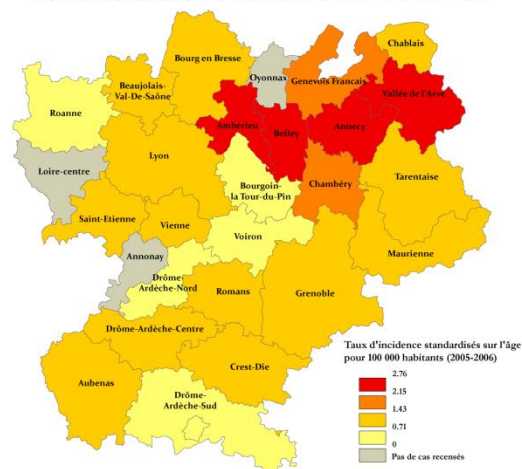
Géo-épidémiologie

Répartition géographique des sarcomes et défavorisation dans les zones d'emploi de Rhône-Alpes

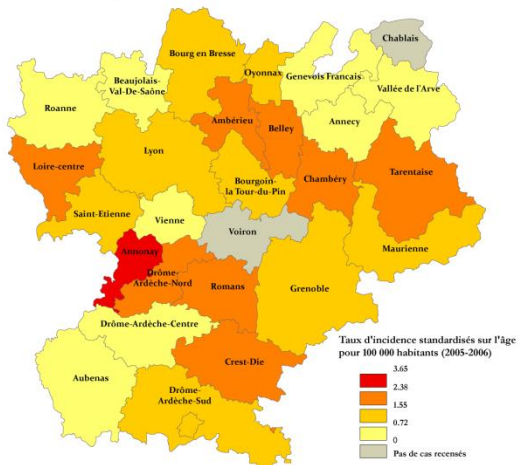
Répartition géographique de l'incidence des sarcomes en Rhône-Alpes



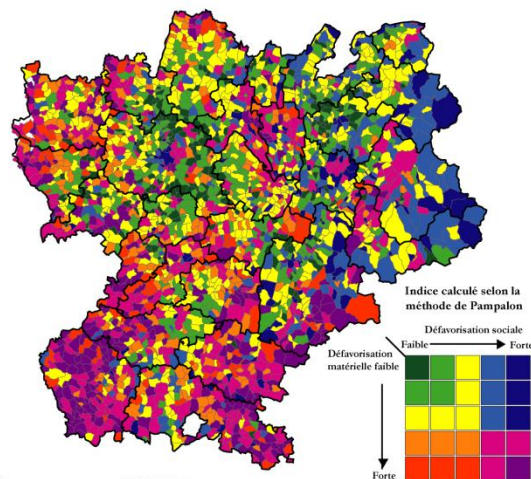
Répartition géographique de l'incidence des GIST en Rhône-Alpes



Répartition géographique de l'incidence des liposarcomes en Rhône-Alpes



La défavorisation matérielle et sociale en Rhône-Alpes



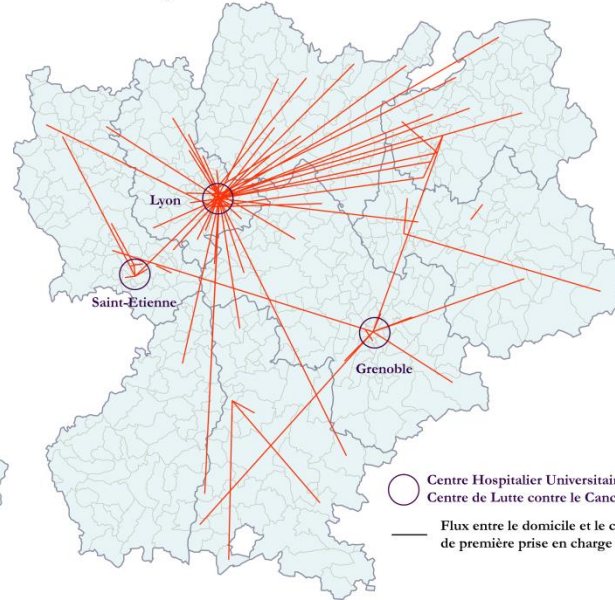
Données: Centre Léon Bérard Lyon, recensement INSEE 2006

Quintile de défavorisation matérielle	Population	GIST		
		Observés	Attendus	X ²
1	1208070	15	26,9	5,25
2	1212825	24	27,0	0,33
3	1212245	31	27,0	0,60
4	1223805	30	27,2	0,28
5	1208941	35	26,9	2,44
Total	6065885	135	135	8,90

Quintile de défavorisation matérielle	Population	Liposarcomes		
		Observés	Attendus	X ²
1	1208070	27	22,1	1,08
2	1212825	32	22,2	4,33
3	1212245	13	22,2	3,80
4	1223805	17	22,4	1,30
5	1208941	22	22,1	0,00
Total	6065885	111	111	10,52*

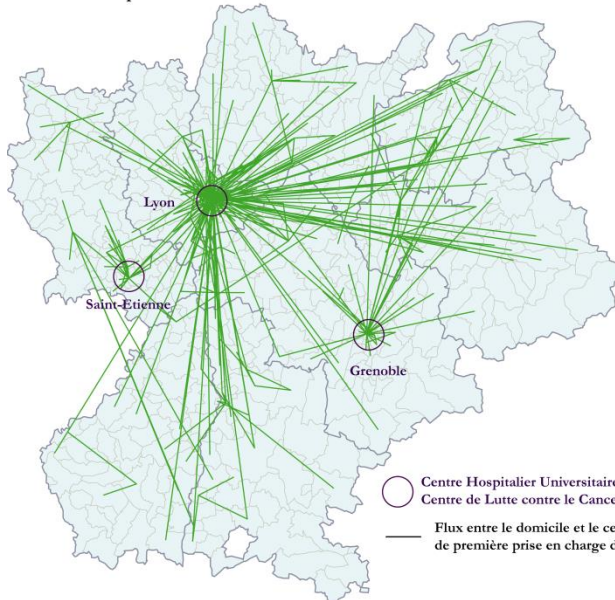
Filières de soins

Les filières de soins en première ligne de traitement pour les patients rhônalpins atteints de sarcomes osseux en 2005 et 2006



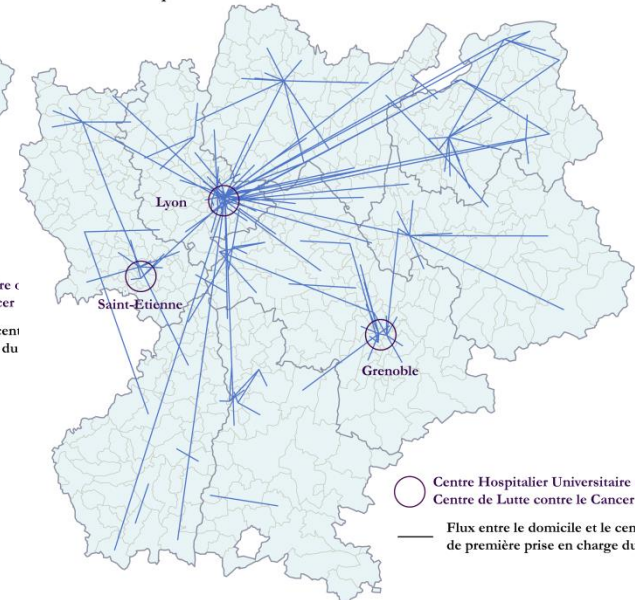
○ Centre Hospitalier Universitaire ou Centre de Lutte contre le Cancer
— Flux entre le domicile et le centre de première prise en charge du patient

Les filières de soins en première ligne de traitement pour les patients rhônalpins atteints de sarcomes des tissus mous en 2005 et 2006



○ Centre Hospitalier Universitaire ou Centre de Lutte contre le Cancer
— Flux entre le domicile et le centre de première prise en charge du patient

Les filières de soins en première ligne de traitement pour les patients rhônalpins atteints de sarcomes viscéraux en 2005 et 2006

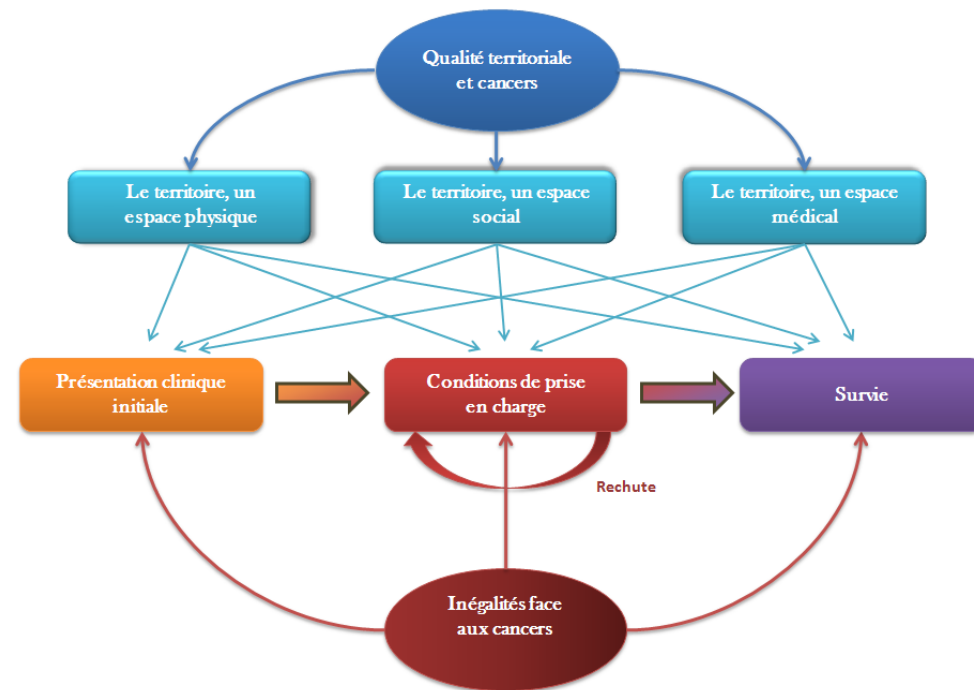


○ Centre Hospitalier Universitaire ou Centre de Lutte contre le Cancer
— Flux entre le domicile et le centre de première prise en charge du patient

Distance (en km)	Localisation (p<0,001)			Grade (p=0,001)			Sous-types (p=0,188)	
	O _s	Tissus mous	Viscères	G0+1	G2	G3	GIST	Liposarcome
Effectif	80	481	237	200	162	269	140	117
Moyenne	45	27	21	22	25	34	19	24
Médiane	31	12	11	11	12	13	9	12

Les territoires face aux cancers rares: sarcomes et lymphomes en région Rhône-Alpes

- Analyse géographique de deux cohortes de patients atteints de cancers rares
- Objectifs:
 - Décrire la construction médicale des inégalités de mortalité face aux cancers rares
 - Identifier les facteurs géographiques associés à ce processus
- Régression logistique multi-variée
- Approche systémique des inégalités géographiques face au cancer
- Aide à la décision pour la mise en place des politiques publiques



Conclusion

- Apport des cohortes et de leur exploitation pluridisciplinaire pour l'étude des inégalités face au cancer
 - ▣ Amélioration des connaissances (épidémiologie et prise en charge) sur les sarcomes
 - ▣ Exhaustivités chronologique et géographique

- Coût humain et financier de ce type d'études
 - ▣ Collecte des données
 - ▣ Evaluation des pratiques médicales

- Cibler les variables et étapes décisives dans la construction des inégalités face au cancer

Un grand merci à tous les pathologistes et cliniciens de la région Rhône-Alpes pour leur collaboration

Sponsors:



MERCI DE VOTRE ATTENTION!!