Inégalités socio-territoriales et cancer du sein : approche géographique des parcours de santé des femmes : l'exemple des Hauts-de-Seine en Île-de-France

Lucie Vialard

▶ **To cite this version:**

Lucie Vialard. Inégalités socio-territoriales et cancer du sein : approche géographique des parcours de santé des femmes : l'exemple des Hauts-de-Seine en Île-de-France. Géographie. 2014. dumas-04059074

HAL Id: dumas-04059074

https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-04059074

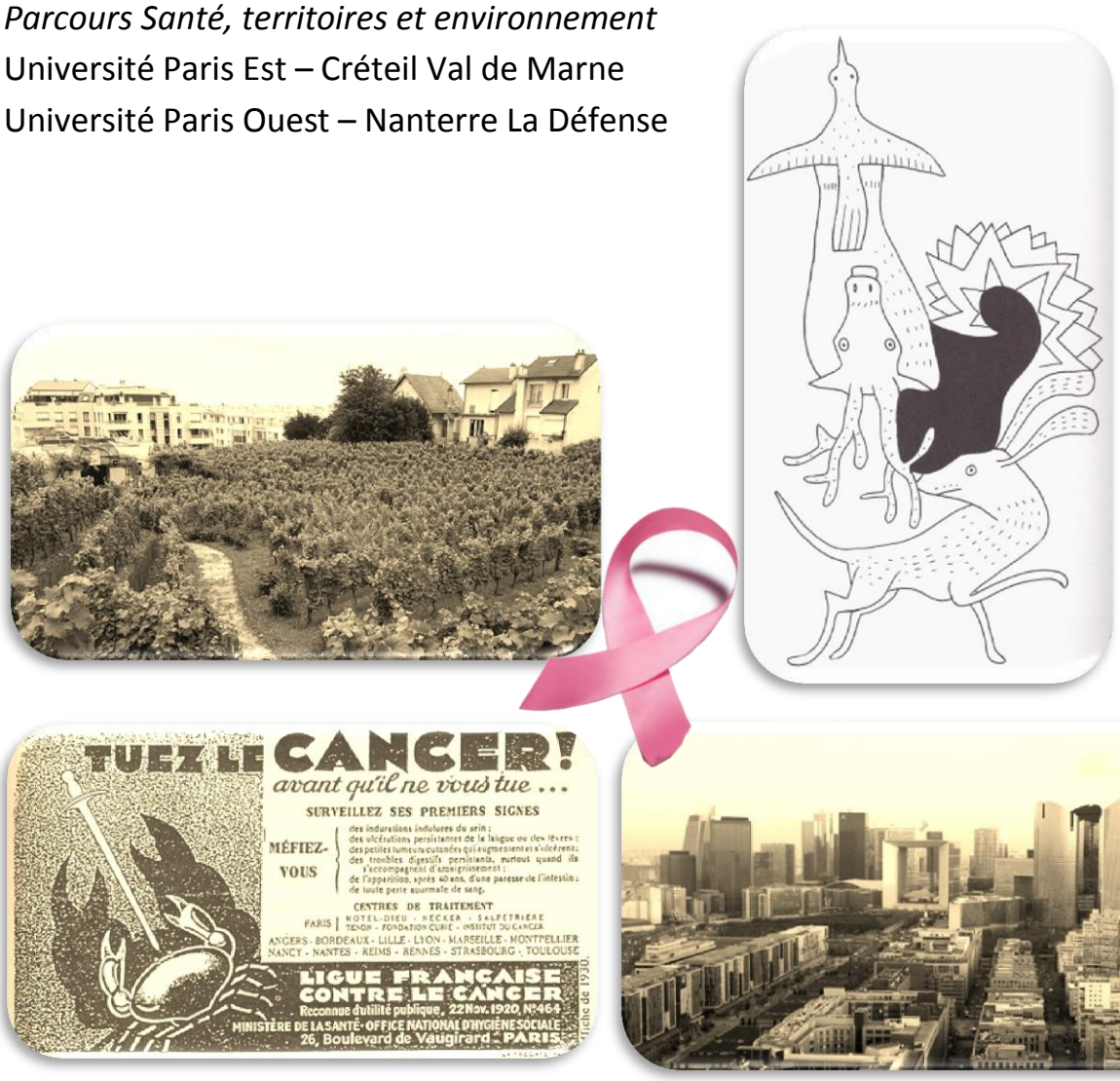
Submitted on 5 Apr 2023

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.

Lucie Vialard
Master 2 Géographie et aménagement
Parcours Santé, territoires et environnement
Université Paris Est – Créteil Val de Marne
Université Paris Ouest – Nanterre La Défense

Année universitaire 2013/2014



Direction de recherche : **Pr SALEM Gérard** – *Université Paris Ouest / Nanterre La Défense*

Mr RICAN Stéphane – *Université Paris Ouest / Nanterre La Défense*

Mme VAILLANT Zoé – *Université Paris Ouest / Nanterre La Défense*

Maître de stage : Dr FOURME Emmanuelle – Institut Curie - Hôpital René Huguenin / Saint Cloud

INEGALITES SOCIO-TERRITORIALES ET CANCER DU SEIN

Approche géographique des parcours de santé des femmes : l'exemple des Hauts-de-Seine en Ile-de-France

Remerciements

Mes remerciements vont d'abord à l'équipe de santé publique et d'épidémiologie du Centre de lutte contre le cancer Curie – René Huguenin à Saint Cloud. J'ai été chaleureusement accueillie au sein de cette équipe pendant ces quelques mois de stage. Merci au Dr Emmanuelle Fourme pour son expertise, ses conseils avisés et les échanges fructueux que nous avons eu pendant cette période.

Je remercie également le Pr Jacques Rouëssé pour avoir soutenu ce projet et m'avoir permis de réaliser ce stage dans un cadre optimal.

Merci aux professionnels de la santé et de la coordination que j'ai pu rencontrer ces derniers mois. La formulation de la problématique de ce projet, ainsi que les hypothèses qui en découlent, n'aurait pas été possible sans leur témoignage.

Enfin, je remercie l'équipe enseignante du Master « Géosanté » de l'Université de Paris Ouest – Nanterre et de Paris Est – Créteil : Pr Gérard Salem, Stéphane Rican, Zoé Vaillant, Audrey Bochaton et Hélène Charreire. Au sein du laboratoire « Espace, santé et territoires », j'ai pu recevoir une formation et un accompagnement remarquable au cours de ces deux années de Master.

Sommaire

Remerciements **1**

TABLE DES ILLUSTRATIONS **4**

INTRODUCTION **6**

PARTIE A : Présentation du sujet et état des lieux des connaissances **7**

I. Epidémiologie d'une « maladie de civilisation » **8**

1) L'émergence d'un fléau mondial 8

2) Les cancers : une multiplicité de tableaux épidémiologiques 10

3) Des disparités spatiales d'incidence et de mortalité 11

II. Le cancer du sein : un enjeu de santé publique **13**

1) Une croissance explosive sur tous les continents 13

2) Facteurs de risque et cancer du sein 13

3) Incidence et mortalité par cancer du sein en France : une croissance discontinue 15

4) Le cancer du sein : un « mal urbain » ? 17

III. Les inégalités de santé : retour théorique sur un concept vulgarisé **21**

1) Inégalités sociales de santé : naissance d'un objet de recherche 21

a) Enchaînement de causalité et trajectoire de vie 22

b) Emboîtement de causalité et « incorporation » 23

2) Des inégalités sociales aux inégalités territoriales de santé 26

a) L'espace comme miroir des inégalités sociales ? 26

b) L'effet du « milieu » sur la santé 27

c) Territoire et santé 28

IV. Accessibilité et continuité des soins : de la théorie à la pratique **29**

1) Cadre législatif et qualité des soins en cancérologie 29

2) Parcours de soins « type » d'une patiente 31

V. Inégalités et cancer du sein : état de l'art en 2014 ..... **34**

1) Prévention et incidence 34

2) Accès au dépistage du cancer du sein et retard de diagnostic 35

3) Traitement et prise en charge hospitalière 37

4) Accès à la reconstruction mammaire 41

5) Disparités de survie et mortalité 42

6) Et après le cancer ? 45

PARTIE B : Les constructions sociales et territoriales du cancer du sein, exposé d'une problématique **49**

I. Normes et santé, cancer et société **50**

1) Le cancer ou la construction d'un « fait psychosocial » 50
2) La médecine au cœur du pouvoir 52
3) Etre social, féminité et cancer du sein 53
II. Les Hauts-de-Seine : une entité géographique et sociale éclatée 55
1) Un département administrativement jeune 55
2) Une topographie disparate, à l'origine de dynamiques de peuplement contrastées 56
3) Une ethnologie des Hauts-de-Seine : « mission impossible » 58
4) En 2014 : un département socialement et spatialement marqué par son histoire 63
IV. Parcours de soins et accessibilité de l'offre en onco-sénologie dans les Hauts-de-Seine 73
1) Organisation générale du système de soins en cancérologie 73
2) Accessibilité aux soins primaires : médecine générale et gynécologie 74
3) L'insuffisante participation au dépistage, facteur de retard de diagnostic ? 78
4) Soins en onco-sénologie : une riche offre publique et privée 79
Partie C : Présentation de la méthodologie de recherche 89
I. Question de recherche et hypothèses 90
1) Axe de recherche n°1 : l'épidémiologie du cancer du sein dans les Hauts-de-Seine est spatialement contrastée (ou homogène) 90
2) Axe de recherche n° 2 : les parcours de santé des femmes souffrant d'un cancer du sein sont socialement et territorialement construits 92
II. Objectifs et méthodes 94
1) Analyse et description des indicateurs sanitaires 94
a) Prévalence, incidence et mortalité 94
b) Activité du système de soins et mode de recours aux soins des femmes 98
2) Analyse et description des indicateurs sociaux 100
a) Création d'un indicateur de défavorisation sociale 100
b) Caractérisation des dynamiques sociales relatives à la qualité de vie 101
3) Déconstruction des mécanismes sous-jacents à la production des trajectoires de santé 102
4) Reconstruction du sens des trajectoires, à la lumière des connaissances acquises 104
a) La sociologie interactionniste ou « la structure en mouvement » 104
b) La sociologie structurelle ou « la théorie du social à travers l'espace-temps » 105
CONCLUSION 107
Bibliographie 108
Annexes 117

TABLE DES ILLUSTRATIONS

1) Tableaux :

Tableau n°1 : Taux d'incidence et de mortalité en France selon l'année (tous cancers)..... .p.9

2) Graphiques :

Graphique n°1 : Incidence et mortalité par cancer du sein en fonction de l'âge France.....p.14

Graphique n°2 : Evolution chronologique de l'incidence et de la mortalité par cancer du sein – France.....p. 16

3) Schémas :

Schéma n° 1 : Modèle « éco-social » de la production de la santé des populations – par Nancy Krieger.....p.24

4) Photographies et images :

Image n° 1 : Affiche de propagande diffusée par la Ligue contre le cancer en 1930.....p.52

Photo n°1 : Port de Gennevilliers (*Source : site Mairie*).....p.71

Photo n°2 : Vue de La Défense depuis la forêt de Meudon (*Source : ONF*).....p.71

Photo n°3 : Manoir de Marnes-la-Coquette (S*ource : site E. Garcin*) p.71

Photo n°4 : Grands ensembles de Bagneux (*Source : L. Boegly)*.....p.71

5) Cartes :

Cartes n°1 et n°2 : Taux standardisés d'incidence du cancer en France à l'échelle des pseudo-zones d'emploi (1998-1999).....p.12

Carte n°3 : Taux standardisés féminins d'incidence des cancers du sein à l'échelle des pseudo-zones d'emploi (1998-1999).....p.17

Cartes n°4 et 5 : Taux comparatifs de mortalité par cancer du sein à l'échelle départementale.....p.18

Carte n°6 : Taux standardisés de mortalité par cancer du sein à l'échelle des régions - France et Ile-de-France (2005-2007).....p.19

Carte n°7 : Indice comparatif de mortalité par cancer du sein en Ile-de-France (2000-2007).....p.20

Carte n°8 : Les circonscriptions administratives des Hauts-de-Seine en 1801.....p.55

Carte n°9 : Topographie des Hauts-de-Seine : *Plaine et coteaux, Seine et forêts*.....p.56

Cartes n°10 et 11 : Depuis le XVIIIe siècle jusqu'à aujourd'hui, les paysages naturels alto-séquanais ont subsisté.....p.57

Cartes n°12, 13 et 14 : Evolution de la croissance démographique dans le département des Hauts-de-Seine entre 1968 et 2010 : une croissance discontinue.....p.61

Carte n°15 : Profils démographiques des communes alto-séquanaises – 2009.....p.63

Carte n°16 : Population féminine de 45 à 74 ans par IRIS – Département des Hauts-de-Seine.....p.64

Carte n°17 : Femmes vivant seules parmi les ménages alto-séquanais – IRIS Hauts-de-Seine.....p.65

Carte n°18 : Couples sans enfants parmi les familles alto-séquanaises – IRIS Hauts-de-Seine.....p.65

Carte n°19 : Part des HLM loués vides sur les résidences principales par IRIS – Hauts-de-Seine.....p.67
Carte n°20 : Part des pavillons sur le total des logements par IRIS – Hauts-de-Seine.....p.67
Carte n°21 : Typologie socio-économique des communes des Hauts-de-Seine : caractérisation agrégée à partir des données du recensement de l'INSEE.....p.68
Carte n°22 : Profils socio-économiques de la population féminine des Hauts-de-Seine par IRIS.....p.70
Carte n°23 : Offre de soins en médecine générale libérale par communes.....p.74
Carte n°24 : Répartition spatiale par communes des médecins généralistes libéraux conventionnés en secteur 1.....p.75
Carte n°25 : Offre de soins en gynécologie médicale libérale.....p.76
Carte n°26 : Répartition spatiale par communes des gynécologues médicaux libéraux conventionnés en secteur 2 ou non-conventionnés.....p.77
Cartes n°27 et 28 : Participation au dépistage organisé dans les communes des Hauts-de-Seine : comparaison entre 2012 et 2013.....p.79
Carte n°29 : Offre de soins en onco-sénologie – Hauts-de-Seine et communes limitrophes.....p.80
Carte n°30 : Aire de chalandise du centre de lutte contre le cancer « Institut Curie - René Huguenin » : recours aux soins en onco-sénologie (année 2013).....p.81
Carte n°31 : Aire de chalandise du centre de lutte contre le cancer « Institut Curie - René Huguenin » : recours aux soins en onco-sénologie par commune (année 2013).....p.82
Carte n°32 : Aire de chalandise du centre de lutte contre le cancer « Institut Curie - René Huguenin » : recours aux soins en onco-sénologie par commune des Hauts-de-Seine.....p.82
Carte n°33 : Accessibilité aux établissements de soins en onco-sénologie par transports en commun (réseau ferré) – Hauts-de-Seine.....p.83
Carte n°34 : Pendant et après le traitement : soins de confort et accompagnement –Hauts-de-Seine et communes limitrophes.....p.85
Carte n°35 : Territoires d'intervention des réseaux de soins en cancérologie.....p.87

INTRODUCTION

Ce mémoire constitue la synthèse d'un travail préparatoire à une recherche de thèse, dont le sujet sera l'étude des déterminants sociaux et territoriaux à l'origine des parcours de santé des femmes souffrant d'un cancer du sein dans le département des Hauts-de-Seine. La préparation de ce projet a fait l'objet d'un stage de Master 2, au sein de l'équipe d'épidémiologie et de santé publique du Centre de lutte contre le cancer de l'Institut Curie – René Huguenin à Saint Cloud. La recherche que nous proposons de réaliser, sous l'égide de la Ligue contre le cancer des Hauts-de-Seine et de l'Université Paris X – Nanterre La Défense, sera réalisée en étroit partenariat avec cette institution spécialisée en onco-sénologie et la structure de gestion du dépistage des cancers du département.

L'existence d'un gradient social du cancer a été identifiée depuis les années 1980 grâce à la contribution de multiples travaux internationaux. Ces recherches se sont développées dans une moindre mesure sur le territoire français. L'agencement spatial du cancer du sein y a essentiellement été étudié en ce qui concerne la participation au dépistage et la mortalité. Aucune étude ne s'est penchée sur la distribution spatiale de son incidence à fine échelle, hormis quelques travaux de géographes de la santé menés à la fin des années 1990. En définitive, on en sait peu sur l'existence d'une géographie du cancer du sein et sur les liens de causalité entre les éventuelles inégalités socio-territoriales d'incidence, de prise en charge et de mortalité. Cette recherche a pour objectif de mettre en exergue le caractère « systémique » de ces disparités, résultat d'une accumulation et d'un emboitement de causalités.

Au fil de ce mémoire, nous allons dans un premier temps définir les termes de notre questionnement. Le sens que nous attribuons aux concepts sollicités sera tout d'abord interrogé, avant d'effectuer l'inventaire des connaissances sur les inégalités sociales et territoriales face au cancer du sein. Nous présenterons ensuite le cadre géographique qui constituera le support de ce projet de recherche. Les Hauts-de-Seine, circonscription administrative aux identités multiples, présente une pluralité de profils urbains, sociaux, démographiques et historiques. Ce département apparaît comme un terrain scientifiquement pertinent pour aborder la question des inégalités socio-spatiales face à une pathologie chronique qui affecterait davantage les femmes résidant en milieu urbain. Enfin, nous déroulerons le fil conducteur de notre problématique ainsi que la méthodologie que nous proposons de déployer pour répondre aux interrogations posées. Pour réaliser ce travail, une large revue de littérature a été effectuée dans l'objectif de poser les jalons de notre problématique. Ce mémoire ne contient pas de résultats en soi, mais décrit davantage les cadres épistémologiques et théoriques que nous utiliserons pour répondre aux objectifs de ce projet de thèse. Les méthodes employées pour la réalisation des cartes contenues dans ce document sont décrites en annexe n°2.

PARTIE A :

Présentation du sujet et état des lieux des connaissances

I. Epidémiologie d'une « maladie de civilisation »

1) L'émergence d'un fléau mondial

Depuis la fin du XVIIIe siècle, les hommes et les sociétés ont progressivement avancé vers l'ère industrielle et le développement économique. Les pandémies infectieuses qui ponctuaient jusqu'alors les courbes de croissance démographique, ont commencé à reculer à la faveur des progrès scientifiques et médicaux (*Vallin J. et al. - 2010*). Quand bien même ce processus est aujourd'hui amorcé sur tous les continents, les situations sanitaires restent extrêmement hétérogènes en fonction des pays. Certains démographes préfèrent ainsi parler de « transition sanitaire » plutôt que de « transition épidémiologique » pour exprimer la diversité des évolutions épidémiologiques contemporaines qui s'expriment différemment en fonction des espaces, des systèmes sociétaux, institutionnels et individuels (*ibid.*). Ainsi les sociétés occidentales connaissent aujourd'hui une augmentation telle de l'espérance de vie que se développent massivement les pathologies chroniques, liées notamment à l'accroissement démographique et au vieillissement de la population (*Sterliarova E. et al*. – *2008*). Le processus d'industrialisation a également participé à l'avènement de ces « maladies de civilisation » (*Schmoll P. – 1982*). En effet, ce dernier a été synonyme de profondes mutations sociales puisqu'il a entrainé l'urbanisation des populations et le bouleversement des modes de vie. L'exposition aux facteurs environnementaux, la transformation de l'alimentation (régime plus riche, consommation d'alcool etc.), la sédentarité, la modification des comportements reproductifs ou l'augmentation de la consommation de tabac sont autant de facteurs qui contribuent aux risques de développer du diabète, des maladies cardio-vasculaires ou encore des cancers (*ibid.*).

Le cancer est actuellement responsable d'un décès sur huit dans le monde, soit une mortalité supérieure à celle du sida, de la tuberculose et du paludisme réunis (*Sterliarova E. et al*. – *2008*). Son incidence a augmenté de 19 % entre 1990 et 2000, tout comme la mortalité qui a fait un bond de 18 % sur la même période (*IARC – 2003*). Les récentes statistiques mondiales sur le cancer sont véritablement alarmantes puisqu'elles évoquent plus de 14 millions de nouveaux cas par an dans le monde, à l'origine de 8,2 millions de décès en 2012. L'Organisation mondiale de la santé (OMS) estime que son incidence mondiale pourrait atteindre 19,3 millions en 2025. Néanmoins, le fléau n'épargne aucun continent puisque 57 % des cancers et 65 % des décès par cancer en 2012 ont été enregistrés dans les pays les moins développés. Ces derniers sont davantage touchés par les cancers d'origine infectieuse (hépatite B et cancer du foie, *Papilloma virus* et cancer du col de l'utérus par exemple) que les pays industrialisés dont la prévalence des cancers liés aux habitudes alimentaires est plus marquée (cancer de la prostate ou du côlon-rectum). Ces chiffres ne feront qu'augmenter d'ici à 2030, d'autant plus dans les régions à faibles et moyens revenus (*CIRC – 2013*).

En France, le nombre de nouveaux cas de cancer est passé de 170 000 à 355 000 entre 1980 et 2012, soit une augmentation totale de 109 %. Bien que le taux de mortalité ait diminué notamment grâce aux progrès thérapeutiques, le nombre de décès a globalement augmenté de 15 % au cours de la même période (respectivement de 11 % chez les hommes et de 20,3 % chez les femmes) (*Binder-Foucard R. et al. – 2013*). Cette pathologie est devenue la première cause de mortalité prématurée avant 65 ans depuis 2004, détrônant ainsi les maladies cardio-vasculaires (*INCa – 2014*). Les cancers féminins ont connu une croissance de 111,4 % en 30 ans, dont une part de 33,8 % imputable à l'accroissement démographique, de 22,5 % au vieillissement de la population et de 55,1 % au risque de cancer lui-même. Mais l'évolution de la pyramide des âges semble être davantage responsable de la mortalité féminine par cancer, puisque 19,3 % et 34,5 % de l'augmentation de cette dernière sont respectivement attribuables à l'augmentation de la population et à son vieillissement. L'impact du risque de cancer en lui-même sur la mortalité aurait diminué de 33,5 % pour les femmes depuis les années 1980 (*ibid.*). Cette évolution n'a cependant pas été linéaire, les courbes d'incidence et de mortalité affichant depuis 2005 un certain infléchissement du fait des politiques de prévention, de dépistage et des progrès médicaux.

Tableau n°1 — TAUX D'INCIDENCE ET DE MORTALITÉ EN FRANCE SELON L'ANNÉE (STANDARDISÉS MONDE POUR 100 000 PERSONNES-ANNÉES) - TOUS CANCERS

		Année						Taux annuel moyen d'évolution (%)	
	Sexe	1980	1990	2000	2005	2010	2012	De 1980 à 2012	De 2005 à 2012
Incidence	Homme	283,5	317,8	351,7	396,1	364,6	362,6	0,8	-1,3
	Femme	176,4	203,2	234,9	248,8	251,2	252,0	1,1	0,2
Mortalité	Homme	214,6	209,3	183,2	164,0	142,3	133,6	-1,5	-2,9
	Femme	100,4	93,6	85,2	80,6	75,3	73,2	-1,0	-1,4
Mortalité observée	Homme	213,4	210,2	179,0	163,9	-	-	-	-
	Femme	99,6	92,6	83,6	80,7	-	-	-	-

Source : *Binder-Foucart R. et al. - « Estimation nationale de l'incidence et de la mortalité par cancer en France entre 1980 et 2012 : étude à partir des registres des cancers du réseau FRANCIM (tumeurs solides) » - Juillet 2013*

En outre, l'épidémiologie du cancer est extrêmement variable en fonction des localisations anatomiques c'est pourquoi ces chiffres ne sont pas représentatifs d'un ensemble pathologique homogène.

2) Les cancers : une multiplicité de tableaux épidémiologiques

Les cancers les plus fréquemment diagnostiqués dans le monde sont le cancer du poumon (13 %) et le cancer du sein (environ 12 %) (*CIRC – 2013*). Leur incidence est différente en fonction du genre, indubitablement pour le cancer du sein.

En France, les hommes sont davantage touchés par le cancer que les femmes (200 000 versus 155 000 nouveaux cas en 2012) du fait de l'exposition accrue à certains facteurs de risque (*INCa – 2014*) et d'attitudes de recours aux soins encore souvent différentes selon le sexe (*INCa – 2008*). Les trois localisations les plus fréquentes chez l'homme sont d'abord le cancer de la prostate, suivi du cancer du poumon et enfin du côlon-rectum. En ce qui concerne les femmes, elles sont davantage touchées par le cancer du sein (48 763 nouveaux cas en 2012), suivi de loin par le cancer du côlon-rectum (18 926 nouveaux cas) et du poumon (11 284 cas). La mortalité par cancer est donc plus importante pour le sexe masculin (85 000 décès versus 63 000 chez la femme en 2012), même si cet écart diminue fortement du fait de l'augmentation du tabagisme féminin (*INCa – 2014*). La relation entre incidence et mortalité n'est cependant pas influencée directement par le sexe. Les cancers de mauvais pronostic (foie ou estomac par exemple) sont tout aussi fatals pour les hommes que pour les femmes (*Sterliarova E. et al*. – *2008*). Mais ces dernières sont moins susceptibles de développer des cancers de mauvais pronostic que leurs homologues masculins (16 % des cancers versus 40 % chez les hommes) (*INCa – 2014*).

La mortalité par cancer (taux de décès par cancer sur la population générale) dépend donc de l'occurrence d'apparition de nouveaux cas (incidence) mais également de la létalité du type de cancer (taux de décès chez les personnes malades) (*ibid.*). Comme nous l'avons précédemment exposé, l'incidence d'un cancer est influencée par l'exposition à des facteurs de risque spécifiques et par les évolutions démographiques. Toutefois, les pratiques de diagnostic sont certainement responsables de l'augmentation du nombre de cas pour certains cancers (sein ou prostate par exemple) qui, en l'absence de dépistage, n'auraient pas été diagnostiqués. En ce qui concerne la létalité d'un cancer, elle est variable en fonction des armes thérapeutiques dont dispose la médecine, des modalités de prise en charge ainsi que de la précocité du diagnostic *(Binder-Foucard R. et al. – 2013)*. La combinaison de ces différents facteurs donne aujourd'hui lieu à trois grands profils d'évolution des cancers en France (*INCa – 2014*):

- **Les cancers dont l'incidence et la mortalité ont diminué** : ces cancers sont ceux liés à des agents infectieux que la science est aujourd'hui en mesure de traiter (le cancer de l'estomac lié à *Helicobacter Pylori* par exemple)
- **Les cancers dont l'incidence augmente et dont la mortalité diminue** : c'est le cas du cancer du sein qui, avec la transformation des modes de vie et depuis la mise en place du dépistage, est davantage diagnostiqué et à un stade plus précoce. Ce cancer, diagnostiqué

précocement, connait une bonne réponse aux traitements c'est pourquoi la mortalité reste relativement faible au regard du nombre de cas. Elle a même tendance à diminuer au fil des progrès thérapeutiques. Nous verrons plus loin que l'incidence du cancer du sein a elle aussi tendance à décliner depuis quelques années (*Binder-Foucard R. et al. – 2013).*

- **Les cancers dont l'incidence et la mortalité augmentent** : le cancer du poumon chez la femme fait partie de cette catégorie. L'augmentation de la consommation de tabac, associée au sombre pronostic pour cette localisation anatomique, entraine une évolution épidémiologique inquiétante.

Sous le nom de cancer figurent ainsi une multiplicité de pathologies, qui se développent inégalement en fonction du sexe, de l'âge, de l'exposition aux facteurs de risque, des politiques de prévention et de dépistage ainsi que des possibilités de traitement. Ces disparités se dessinent en fonction de facteurs environnementaux, sociaux et politiques spécifiques aux espaces considérés.

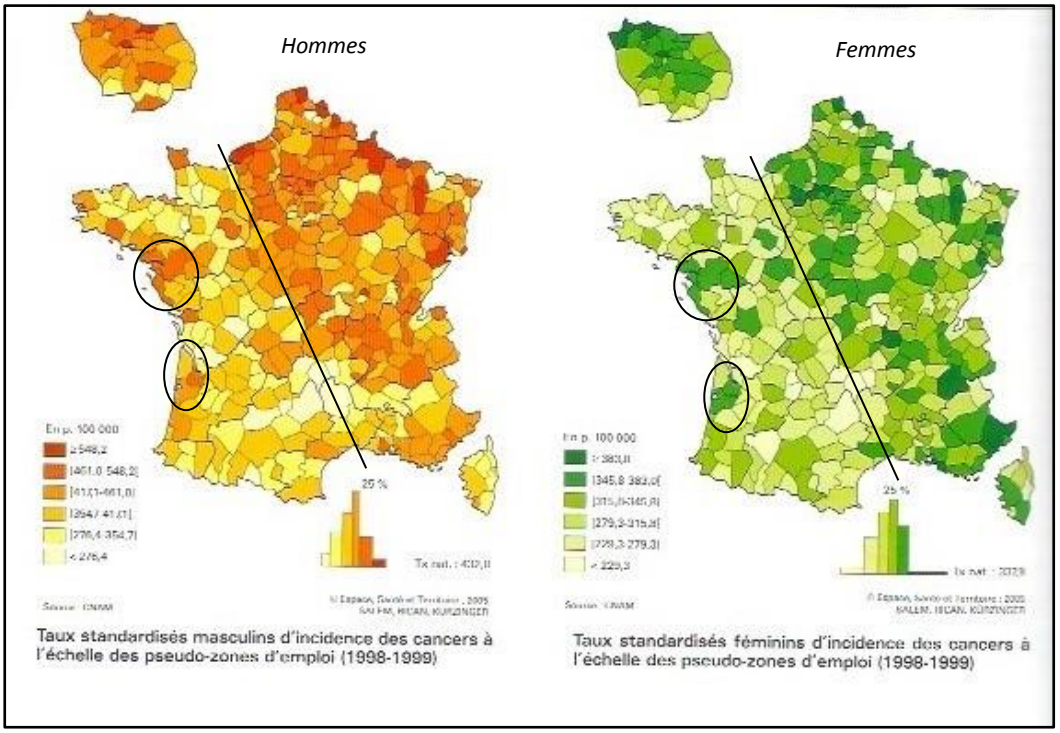
3) Des disparités spatiales d'incidence et de mortalité

Au-delà de la géographie mondiale du cancer dont nous avons précédemment parlé, il existe certaines inégalités spatiales d'incidence et de mortalité par cancer au sein même des pays industrialisés, à l'échelle de l'Europe et de la France (*Ferlay J. et al. – 2013*). Depuis plusieurs décennies, l'incidence et la mortalité par cancer en Europe dessinent globalement un gradient décroissant du Nord vers le Sud (*Salem G. et al. – 1999 / Ferlay J. et al. – 2012*). Les plus forts taux d'incidence sont enregistrés en Europe du Nord et de l'Ouest. Les pays les plus touchés sont la France pour les hommes et le Danemark en ce qui concerne les femmes. Les taux de mortalité féminine les plus importants sont ainsi retrouvés dans ce pays, du fait de la forte incidence du cancer du sein (*Ferlay J. et al. – 2012)*. En définitive, la France se situe au-dessus de la moyenne européenne que ce soit en termes d'incidence ou de mortalité pour les 2 sexes (*INCa – 2014*). En revanche, les faibles taux de mortalité masculine sont l'apanage des pays du Nord de l'Europe comme la Finlande ou l'Islande. Les plus faibles taux d'incidence sont retrouvés dans les pays d'Europe de l'Est et du Sud, notamment en Albanie et en Grèce. L'Espagne et le Portugal affichent de plus faibles taux de mortalité féminine par cancer. Encore une fois, ces fluctuations épidémiologiques traduisent des spécificités territoriales relatives aux politiques de santé (dépistage organisé du cancer du sein ou colorectal, mesures de prévention, accès aux soins), aux habitudes alimentaires, aux comportements reproductifs etc. *(Ferlay J. et al. – 2012).*

De la même façon, il existe une géographie française des espaces plus ou moins fortement touchés par le cancer, mais qui ne présente pas le même aspect qu'à l'échelle européenne. L'incidence du cancer en France s'exprime à travers une certaine structure spatiale, qui se matérialise le long d'un axe Nord-Sud. Ce dernier suit les contours de l'ancienne fracture entre la France

industrielle et la France rurale (ligne Le Havre – Marseille) (*Salem G. et al. – 2006*). Au Nord et à l'Est de cette dernière sont globalement enregistrés les forts taux d'incidence tous cancers confondus versus les plus faibles ratios à l'Ouest et au Sud (hormis les zones industrialo-portuaires de la côte atlantique : La Rochelle, estuaire de la Loire etc.). Les grands pôles urbains (à l'instar du bassin parisien) et les vallées industrielles (vallée du Rhône) sont historiquement plus touchés par le cancer.

Cartes n°1 et n°2 : Taux standardisés d'incidence du cancer en France à l'échelle des pseudo-zones d'emploi (1998-1999)



Source : *Salem G., Rican S., Kürzinger M.L. – "Atlas de la santé en France – Vol n°2 : comportements et maladie" – John Libbey, 2006*

Les inégalités de mortalité sont quant à elles moins fortement inscrites dans l'espace que ces inégalités d'incidence (*ibid*). La distribution spatiale de la mortalité féminine est effectivement globalement la même que celle de l'incidence. Mais en ce qui concerne les hommes, elle est davantage tributaire de l'importance d'exposition aux facteurs de risque spécifiques à chaque cancer et de leur létalité. Un gradient décroissant du Nord vers le Sud de la France est sensiblement observable pour cet indicateur (*INCa – 2014*). Considéré dans son ensemble, le cancer revêt donc une distribution spatiale particulière. Cependant, cette dernière varie considérablement en fonction de la localisation anatomique et au gré des recompositions socio-démographiques des espaces à travers le temps (*INCa – 2008*). Le cancer du sein, largement en tête du palmarès des cancers féminins, présente-t-il la même configuration épidémiologique ?

II. Le cancer du sein : un enjeu de santé publique

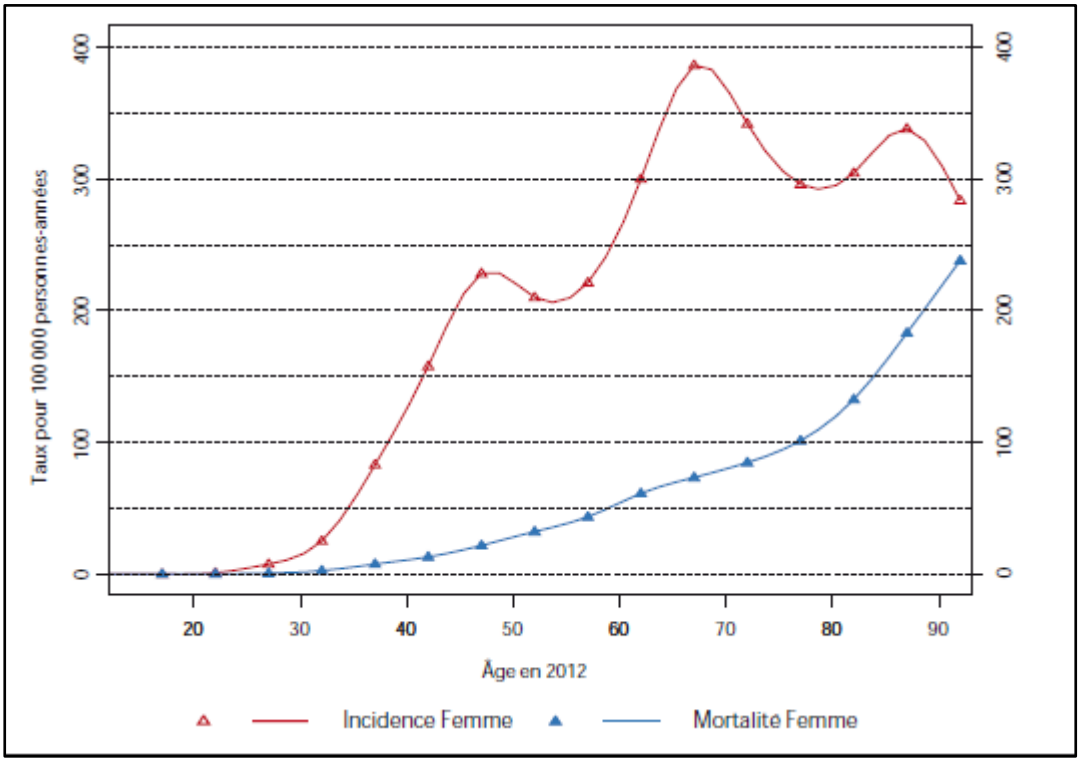
1) Une croissance explosive sur tous les continents

L'incidence du cancer du sein à travers le monde a connu une croissance exponentielle depuis 2008 puisqu'elle a augmenté d'environ 20 % en 4 ans. La mortalité a, quant à elle, augmenté de plus de 14 % sur la même période. Avec le cancer du col de l'utérus, il constitue la tendance la plus remarquable des récentes statistiques relatives au cancer. L'OMS recense ainsi 1,7 millions de cas incidents à travers le monde, représentant 1 cancer sur 4 chez la femme (*CIRC – 2013*). Contrairement à d'autres localisations cancéreuses, le cancer du sein touche fortement à la fois les communautés des pays industrialisés et des pays en voie de développement (*IARC – 2003*). Même si l'incidence reste plus importante dans les pays développés (environ 90 nouveaux cas pour 100 000 femmes en Europe occidentale versus 30 pour 100 000 en Afrique de l'Est), les taux de mortalité sont relativement plus élevés dans les pays à faibles revenus. En effet, le passage rapide des sociétés dites « traditionnelles » vers les modes de vie typiques des pays occidentaux entraine une élévation du nombre de cas incidents, sans que les progrès thérapeutiques ne profitent encore aux femmes de ces régions (*CIRC – 2013*). Le cancer du sein est le cancer le plus fréquemment diagnostiqué chez la femme en Europe comme en France, où il est à l'origine de 48 763 nouveaux cas et de 11 886 décès en 2012. Bien que la survie nette soit globalement très bonne (respectivement 86 % et 76 % à 5 et 10 ans), il constitue toujours la première cause de mortalité féminine par cancer en France en 2012 (*INCa – 2013*).

2) Facteurs de risque et cancer du sein

Certains facteurs de risque exposant particulièrement au cancer du sein sont aujourd'hui identifiés, même si la part imputable à chacun d'entre eux est controversée. En premier lieu, l'occurrence d'apparition du cancer du sein est invariablement associée à l'âge. En effet, on estime à environ 10 % le nombre de cancer du sein diagnostiqués chez les femmes âgées de moins de 35 ans, et à 20 % ceux qui se développent avant 50 ans. 50 % des cancers du sein sont diagnostiqués entre 50 et 69 ans, et 28 % après 69 ans (*INCa – 2012*). L'âge médian au moment du diagnostic est estimé à 61 ans en 2012 (*INCa – 2014*). En ce qui concerne la mortalité, elle augmente fortement avec l'âge avec un taux de 10 décès pour 100 000 femmes entre 35 et 40 ans, de 80 pour 100 000 à 65 ans, et de 150 pour 100 000 après 80 ans, pour une moyenne française de 22,8 pour 100 000 en 2012 (taux standardisés Europe) (*Espié M. – 2010 / Binder-Foucart R. et al. – 2013*).

Graphique n°1 : Incidence et mortalité par cancer du sein en fonction de l'âge - France



Source : *Binder-Foucart R. et al. – juillet 2013*

La principale hypothèse que propose la communauté scientifique pour expliquer ce schéma épidémiologique est que le cancer du sein serait lié à la durée d'imprégnation hormonale (*Espié M. – 2010*). Une durée prolongée d'exposition aux oestrogènes et à la progestérone favoriserait le cancer du sein, c'est pourquoi il aurait tendance à se développer particulièrement à la fin de la vie reproductive (*INCa – 2012*). Cependant, certains mécanismes biologiques seraient responsables de sa particulière incidence après la ménopause (conversion périphérique des androgènes en oestrogènes) quand bien même la femme n'est naturellement plus exposée à ces hormones (*Espié M. – 2010*). De plus, une puberté précoce (avant 12 ans) ainsi qu'une ménopause tardive (après 55 ans) multiplieraient par 1,5 à 2 le risque de déclarer un cancer du sein (*ibid.*). L'exposition artificielle aux oestroprogestatifs (contraception orale pendant plus de 4 ans ou traitement hormonal substitutif de la ménopause) favoriserait également l'apparition de cette pathologie (*INCa – 2012*).

Chez la femme jeune (avant 40 ans), les cancers du sein sont relativement rares. Mais certaines prédispositions génétiques aujourd'hui identifiées pourraient être à l'origine de ces cancers particuliers. Les gênes BRCA 1 et BRCA 2 seraient effectivement incriminés dans 5 à 10 % des cancers du sein (*ibid.*). En outre, la survie nette à 10 ans pour les femmes de moins de 45 ans est moins bonne que celle des femmes âgées de 45 à 54 ans. Elle s'élevait respectivement à 75 % et 83 % pour

l'année 2012, ce qui signifie que les cancers du sein chez les jeunes sont souvent de plus mauvais pronostic (*Grosclaude P. et al. – 2013 / Berger F. et al. - 2012*).

Les évènements de la vie reproductive joueraient aussi un rôle quant au risque de déclarer cette pathologie. Une première grossesse avant l'âge de 30 ans diminue le risque de 25 %, tout comme le fait d'avoir plusieurs enfants (le risque décroit de 7 % pour chaque naissance). L'allaitement maternel, indépendamment du nombre d'enfants, aurait également un effet protecteur sur le cancer du sein (*INCa – 2012 / Espié M. – 2010*).

Enfin, certains facteurs comportementaux et environnementaux sont aujourd'hui reconnus comme étant largement responsables de l'augmentation du risque de développer ce cancer. Le surpoids et l'obésité, favorisés par la sédentarité, participeraient à une élévation du risque après la ménopause de 8 à 12 % (*INCa – 2012*). La consommation d'alcool et de tabac, l'exposition prolongée aux polluants environnementaux augmentent également le risque de déclarer un cancer du sein, à l'instar de nombreux cancers.

Les facteurs de risque du cancer du sein sont donc essentiellement liés à la vie hormonale et reproductive de la femme. Ces déterminants individuels s'élaborent et s'inscrivent cependant dans un espace-temps particulier, modelés par les normes et les pratiques sociales. Nous retrouvons ainsi globalement le reflet des mutations sociales qui ont marqué l'époque moderne dans les courbes d'incidence et de mortalité du cancer du sein.

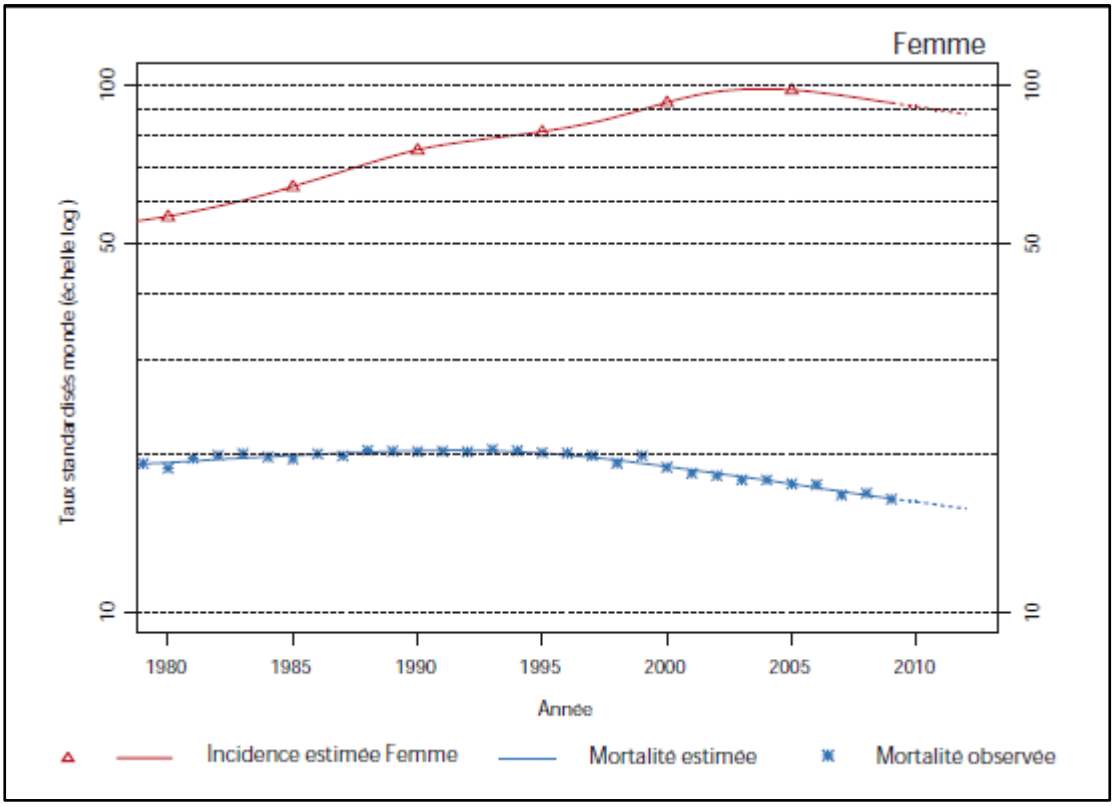
3) Incidence et mortalité par cancer du sein en France : une croissance discontinue

Les courbes d'incidence et de mortalité par cancer du sein n'ont pas connu la même évolution au cours du temps. Le taux d'incidence a fortement augmenté à partir des années 1980, en moyenne de 1,4 % par an jusqu'en 2012. Une diminution de 1,5 % par an est néanmoins enregistrée depuis 2005 (expliquant ainsi l'inflexion de la courbe d'incidence des cancers féminins évoquée plus haut). Malgré ce phénomène, la mortalité a évolué de façon relativement stable jusqu'au milieu des années 1990 pour diminuer significativement depuis 1995 (*INCa - 2012*). Comment interpréter ces chiffres ? Les experts peuvent difficilement s'exprimer avec assurance sur le sujet car de nombreux facteurs sont intervenus dans l'équation.

A partir des années 1970, les femmes françaises ont sensiblement modifié leur mode de vie et leurs comportements reproductifs. L'entrée tardive dans la vie active a contribué à reculer l'âge du premier enfant. Ce dernier est effectivement passé de 24 ans à 28 ans entre la fin des années 1970 et 2000. Ce phénomène serait, à lui seul, responsable de plus de 20 % des cancers du sein (*Sancho-Garnier H. – 2002*). La diminution de l'allaitement maternel aurait également contribué à l'augmentation de l'incidence. Toutefois, le dépistage systématique du cancer du sein jouerait un

rôle important dans cette augmentation puisqu'il entraine une part non négligeable de surdiagnostic (cancer diagnostiqué par le biais du dépistage mais qui ne se serait pas déclaré du vivant de la personne) estimée entre 10 et 50 % en fonction des expertises (*Espié M. – 2010*).

Graphique n°2 : Evolution chronologique de l'incidence et de la mortalité par cancer du sein - France



Source : *Binder-Foucart R. et al. – juillet 2013*

Depuis 2005, l'incidence du cancer du sein a néanmoins tendance à décliner. Deux raisons sont invoquées pour expliquer ce phénomène. Etant donné que cette diminution concerne surtout les tumeurs diagnostiquées à un stade précoce et qu'elle est essentiellement observée chez les femmes âgées de 50 à 74 ans, on peut soupçonner un « effet de saturation » du diagnostic des cas incidents grâce au dépistage proposé systématiquement aux femmes de cette tranche d'âge depuis 10 ans (*Binder-Foucart F. et al. – 2013)*. De plus, certaines études ont suggéré un lien entre la diminution de l'utilisation du traitement hormonal substitutif de la ménopause en Occident et cette baisse de l'incidence (*Sancho-Garnier H. – 2002*). Etant donné que la majorité des cancers du sein sont hormonodépendants, il est probable que les changements de pratiques de prescription dans ce domaine soient corrélés avec cette baisse de l'incidence.

Parallèlement, la mortalité par cancer du sein a tendance à diminuer depuis le milieu des années 1990. La survie nette à 5 ans est effectivement passée de 81 % pour les cancers diagnostiqués entre 1989 et 1990 à 89 % pour ceux diagnostiqués entre 2001 et 2004 *(Binder-Foucart F. et al. – 2013)*. Elle a donc significativement augmenté, incontestablement grâce aux

progrès réalisés dans les thérapeutiques et les prises en charge (*INCa – 2012*). Le dépistage du cancer du sein participerait pareillement au recul de la mortalité puisqu'il permet un diagnostic précoce, synonyme de meilleure réponse aux traitements. La controverse est cependant intense sur ce point parmi la communauté scientifique. Même si l'équilibre de la balance « bénéfices – risques » du dépistage par mammographie est encore débattue (nous y reviendrons ultérieurement), la Société française de sénologie et de pathologies mammaires (SFSPM) continue d'affirmer le bien-fondé de l'examen puisque la médecine est encore incapable de prédire quel cancer, si « petit » soit-il, pourrait évoluer péjorativement du vivant de la personne (*ibid.*).

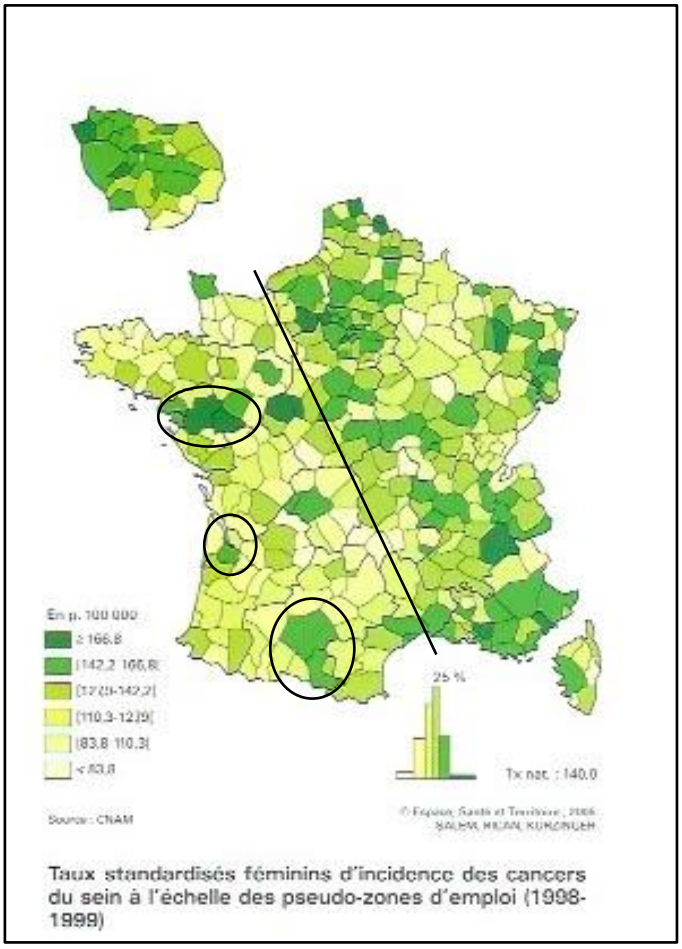
4) Le cancer du sein : un « mal urbain » ?

A l'échelle de l'Europe, le cancer du sein apparait comme une pathologie qui touche davantage les femmes des pays particulièrement développés. Nous retrouvons le même gradient décroissant du Nord vers le Sud du continent, comme pour le cancer en général, dans le cas de cette localisation. La Belgique (147 cas pour 100 000 femmes en 2012), les pays nordiques (143 pour 100 000 au Danemark), la France (137 pour 100 000) ou encore le Royaume-Uni (129 pour 100 000) affichent des taux d'incidence beaucoup plus élevés que les pays d'Europe de l'Est comme l'Ukraine par exemple (54 cas pour 100 000 femmes). La mortalité est cependant plus importante, comparativement au nombre de cas, dans le Sud de l'Europe (*Ferlay J. et al. – 2013*). Ce « mal urbain » (*Salem G. et al. – 2006*) sévit donc davantage au sein des sociétés industrialisées mais semble y être également mieux pris en charge (*Ferlay J. et al. – 2013)*. La carte des taux d'incidence du cancer du sein en France à la fin des années 1990 va dans le sens de cette hypothèse.

Carte n°3 : Taux standardisés féminins d'incidence des cancers du sein à l'échelle des pseudo-zones d'emploi (1998-1999)

A l'Est de l'axe « le Havre-Marseille » : les taux d'incidence sont en moyenne plus élevés qu'à l'Ouest.

Les pôles urbains se distinguent cependant par un effectif important de cas (régions nantaise, bordelaise ou toulousaine entourées sur la carte)



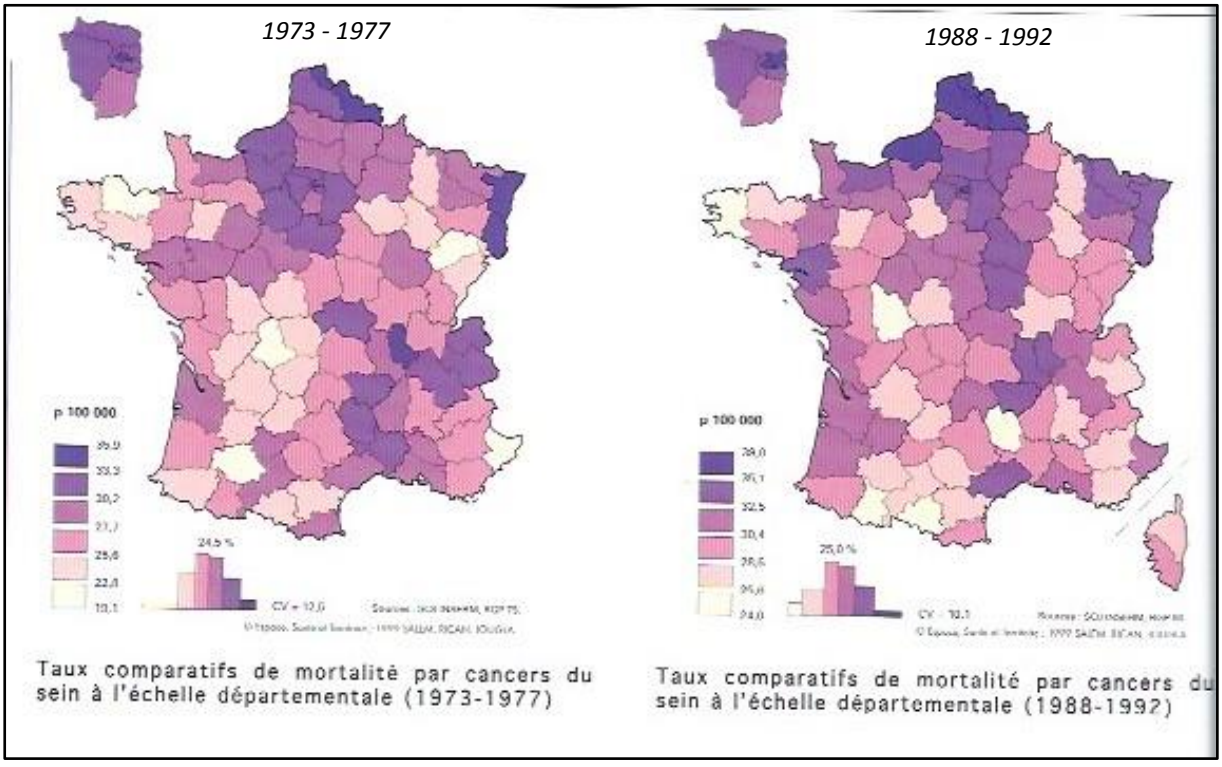
Taux standardisés féminins d'incidence des cancers du sein à l'échelle des pseudo-zones d'emploi (1998-1999)

Source : *Salem G., Rican S., Kürzinger M.L. – "Atlas de la santé en France – Vol n°2 : comportements et maladie" – John Libbey, 2006*

On s'aperçoit en effet que ce cancer s'est développé particulièrement à l'Est et au Nord de la fameuse ligne « Le Havre- Marseille », au sein des espaces historiquement plus urbains. L'âge du premier enfant y était globalement tardif, les femmes souffraient davantage de surcharge pondérale et étaient davantage consommatrices de tabac. Ces dernières se faisaient également dépister dans une plus large mesure que les femmes vivant en milieu rural, ce qui semble encore être le cas à l'heure actuelle (*Salem G. – 2006 / Pellissier-Fall A. - 2007*). A l'image de la carte représentant l'incidence du cancer toutes causes confondues, on s'aperçoit que les pôles urbains (région parisienne, nantaise, bordelaise, lyonnaise etc.), les zones et vallées industrielles sont particulièrement touchés par ce fléau. Les représentations cartographiques plus récentes réalisées à l'échelle des régions semblent montrer que l'incidence s'accentue désormais à l'Ouest de cette ligne, au sein des pôles urbains en plein essor (*INCa – 2014*), ce qui appuie l'hypothèse du cancer du sein comme « mal urbain ». Cependant, il n'est pas exclu que d'autres facteurs interviennent dans la production de cette géographie. Comment peut-on affirmer que l'effet du mode urbain est l'unique cause de ces disparités d'incidence ? Quels peuvent être les facteurs de confusion non pris en compte dans cette explication ? Nous veillerons à nous poser la question dans la suite de ce travail.

La géographie de la mortalité par cancer du sein est restée relativement similaire à celle de l'incidence jusqu'au milieu des années 1990 : les espaces où ce cancer est fréquemment diagnostiqué sont ceux où les femmes en meurent le plus : bassin parisien et Nord-Pas-de-Calais, Normandie, Alsace-Loraine, région lyonnaise et façade atlantique (*Salem G. et al. – 1999*).

Cartes n°4 et 5 : Taux comparatifs de mortalité par cancer du sein à l'échelle départementale

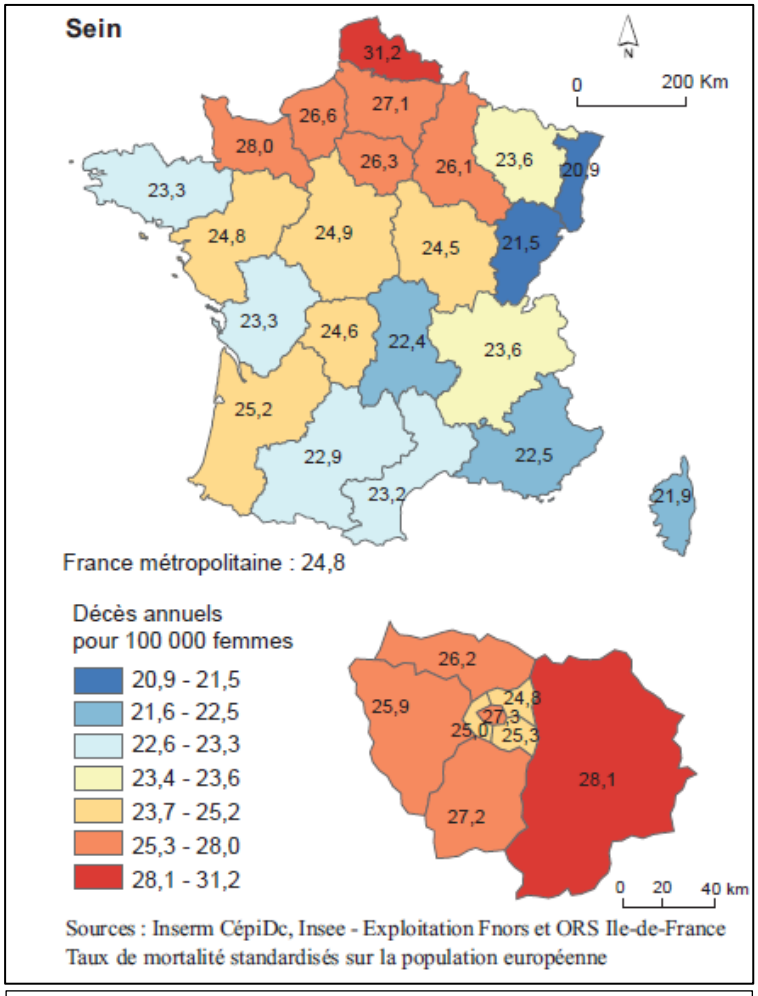


Source : *Salem G., Rican S., Jougla E. – "Atlas de la santé en France – Vol n°1 : les causes de décès" – John Libbey, 1999*

Les études réalisées sur la géographie du cancer en France ces dernières années ont montré certaines transformations dans la distribution des inégalités géographiques de la mortalité du fait des mutations socio-économiques du territoire français (urbanisation et polarisation des services autour des grandes villes, spécialisation économique de certains territoires à l'instar de la Bretagne et de la région nantaise) (*INCa – 2008*). Dans le cas du cancer du sein, on s'aperçoit que quelques régions affichent une diminution de la mortalité, notamment en Alsace-Lorraine et dans la région lyonnaise. A l'inverse, l'Ile-de-France semble « contaminer » les départements limitrophes qui affichent des taux de mortalité globalement plus élevés. Ce phénomène traduirait-il l'étalement urbain de la métropole parisienne et les récentes recompositions socio-démographiques qui la caractérisent ?

La région Ile-de-France présente ainsi une situation défavorable concernant le cancer du sein qui ne semble pas avoir évoluée depuis que ces disparités sont étudiées. En 2006, le taux de mortalité standardisé sur la population européenne était de 26,3 décès pour 100 000 femmes contre 24,8 en France métropolitaine, soit une surmortalité de 6% chez les Franciliennes. Le département des Hauts-de-Seine affiche, quant à lui, une sous-mortalité comparativement aux autres départements franciliens (25,1 % en 2006) (*ORS IDF – 2011*). Ce cancer a été à l'origine de plus de 1 800 décès par an en moyenne en Ile-de-France entre 2000 et 2007 (*ORS IDF - 2012*).

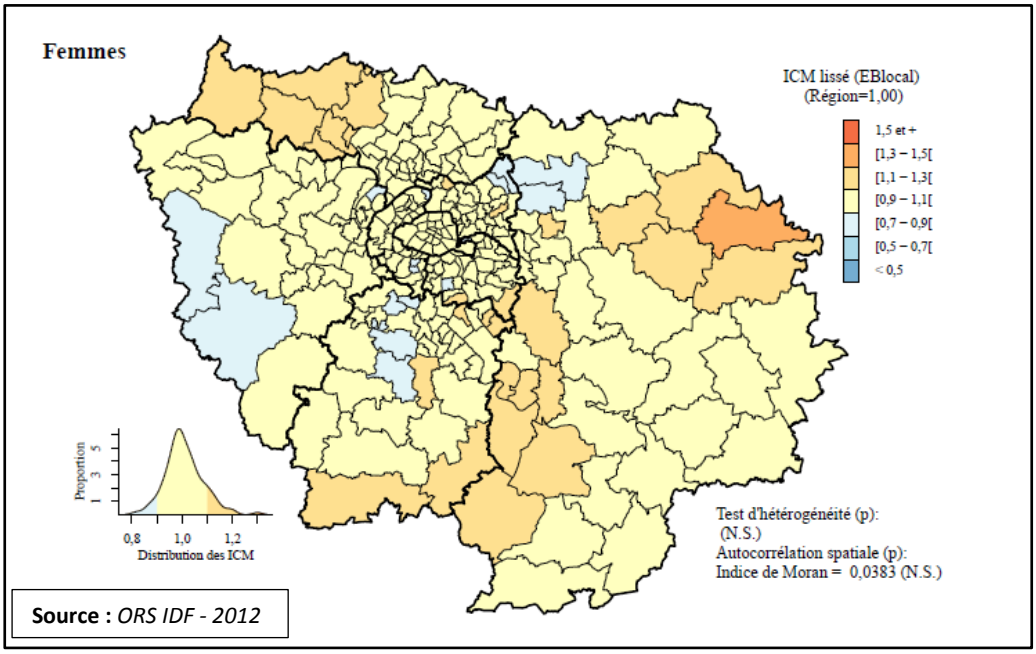
Carte n°6 : Taux standardisés de mortalité par cancer du sein à l'échelle des régions - France et Ile-de-France (2005-2007)



Source : *ORS IDF - 2011*

A l'échelle des cantons d'Ile-de-France, les disparités spatiales ne sont cependant pas significatives, malgré un nombre important de décès. Les indices comparatifs de mortalité varient effectivement peu à cette échelle dans la région. Un léger gradient « centre-périphérie » apparait néanmoins sur la carte réalisée par l'Observatoire régionale de la santé d'Ile-de-France en 2012 (*ORS IDF – 2012*). L'Ouest du Val d'Oise, le Nord-Est de la Seine-et-Marne, l'Ouest du Val-de-Marne ainsi que le Sud de l'Essonne enregistrent une relative surmortalité par cancer du sein. L'ORS souligne par ailleurs le fait que, depuis les années 2000, les départements les plus urbanisés du centre de la région ne sont plus ceux où l'on observe les niveaux de mortalité les plus élevés (hormis Paris), quand bien même le taux d'incidence y est élevé (*ORS IDF – 2011*). Cela semble être le cas du département des Hauts-de-Seine, où la mortalité globale par cancer du sein tout comme les inégalités de mortalité, semblent peu importantes au regard du nombre de cas incidents.

Carte n°7 : Indice comparatif de mortalité par cancer du sein en Ile-de-France (2000-2007)



Source : *ORS IDF - 2012*

Le cancer du sein est aujourd'hui un fléau pour les communautés du monde entier. La région Ile-de-France, pour l'ensemble des raisons que nous avons évoquées, est particulièrement touchée par cette pathologie. Même si elles sont moins marquées que pour d'autres types de cancer, nous pouvons y observer des inégalités d'incidence et de mortalité à l'échelle des départements et des cantons. En outre, les espaces où le cancer du sein est le plus incident ne semblent pas systématiquement ceux où la mortalité est la plus élevée comme dans le cas des Hauts-de-Seine. Existe-t-il des disparités plus marquées à l'échelle communale ou infra-communale ? Sous quelles formes s'expriment les inégalités territoriales face à cette pathologie au sein du département des Hauts-de-Seine ? Pourraient-elles se révéler davantage à travers des disparités de « qualité de vie plutôt que de quantité de vie » (*Leclerc A. – 2000*) ? Comment se construisent localement les inégalités face au cancer du sein ?

III. Les inégalités de santé : retour théorique sur un concept vulgarisé

L'OMS, lors de sa première évaluation des systèmes de santé en l'an 2000, a désigné la France comme étant le meilleur fournisseur de soins généraux à travers le monde (*OMS – 2000*). En effet, l'espérance de vie à la naissance y est particulièrement élevée, d'autant plus pour les femmes (*Lombrail P. – 2005*). En ce qui concerne le cancer du sein, la survie à 5 ans des Françaises compte parmi les meilleures en Europe depuis la fin des années 1980 (*Vedercchia A. et al. – 2009 / De Angelis R. et al. – 2014*). Ces chiffres apparaissent a priori très satisfaisants. Mais l'amélioration des moyennes masque parfois une multiplicité de situations, comme dans le cas des territoires français. Les inégalités de morbidité et surtout de mortalité sont très marquées en France, comparativement à d'autres pays européens à niveau de richesse équivalent (*Mackenbach J.P. – 1997 / Leclerc A. et al. – 2000*). Ces inégalités sont également observables en termes d'incidence et de mortalité par cancer, comme nous avons pu le décrire dans la première partie de ce travail. Le terme « d'inégalités de santé » est aujourd'hui couramment utilisé sur la scène politique et médiatique. Mais quels sont les mécanismes sous-jacents à l'origine de la construction de ces inégalités ? Quels sont les phénomènes individuels, sociaux et spatiaux dont l'interaction donne lieu à ces disparités alors même que les politiques publiques ont pour objectif depuis la Révolution de rétablir l'égalité entre les citoyens ? Pourquoi le meilleur système de soins au monde ne parvient-il pas à endiguer ce phénomène ?

1) Inégalités sociales de santé : naissance d'un objet de recherche

Le constat relativement récent de l'aggravation du gradient social des déterminants de la santé a ouvert la porte à un nouveau champ de recherche (*Goldberg M. et al. – 2003*). En effet, les inégalités sociales de santé ont été identifiées depuis les années 1980 dans les pays occidentaux. Depuis cette date, elles font l'objet de nombreux travaux hormis en France où la communauté scientifique s'y est intéressée plus tardivement (*Dejardin O.et al. – 2011*). La fin des 30 Glorieuses, suite au choc pétrolier de 1973, a marqué la renaissance de la pauvreté et du chômage parmi les sociétés industrialisées. La crise économique et sociale a frappé de plein fouet les classes populaires, qui se sont en partie enfoncées dans la précarité. L'état de santé de ces populations s'est dégradé au fil de leur exclusion sociale et professionnelle. A ce jour, il est largement démontré que niveau de santé et précarité sont corrélés (*Leclerc A. – 2000 / Wilkinson R. et al. – 2013*). Mais les politiques publiques se sont particulièrement focalisées sur les populations susceptibles de tomber dans l'exclusion, occultant de cette façon la dimension systémique des inégalités de santé. D'une part, ces dernières traversent la pyramide sociale car elles ne touchent pas uniquement les personnes les plus défavorisées. D'autre part, elles s'enracinent dans des idéologies et des pratiques sociales plus complexes qui sont difficilement décryptables à travers le seul prisme de l'exclusion (*Leclerc A. - 2000*). Il est aujourd'hui admis que les inégalités de santé sont autant le fruit de comportements à

risque (consommation d'alcool, de tabac, moindre attention portée à la santé...), de l'histoire de vie, du niveau de revenus, des conditions de travail, de facteurs environnementaux et urbains, du réseau social que du « stress » induit par le besoin de reconnaissance sociale (*Lombrail P. – 2005 / Wilkinson R. et al. - 2013*). Les populations défavorisées sont plus susceptibles d'accumuler ces facteurs tout au long de leur trajectoire de vie, mais de façon dynamique et interactive avec leur environnement social (*Salem G. et al. – 2006*) : « là où la misère ne concerne que la seule extrémité inférieure de la hiérarchie sociale, les inégalités lient au contraire de manière indissociable toutes les composantes de la société [...] » (*Leclerc A. – 2000*).

Les processus intervenant dans ces inégalités se situent à deux niveaux d'analyse que la sociologie a traditionnellement opposés : la sphère « microsociale » qui a pour but d'établir les liens entre les positions sociales et les faits individuels de santé versus la sphère « macrosociale » qui a pour objet l'étude des relations entre les faits collectifs de santé et les structures sociales (*Leclerc A. – 2000*). Ces deux échelles sont cependant inéluctablement intriquées. C'est pourquoi toute la difficulté tient au fait de mettre en évidence l'articulation entre ces différentes dimensions pour identifier des leviers d'intervention politique. Plusieurs écoles des sciences de la santé se sont lancées dans cette entreprise par le biais d'approches longitudinale ou transversale (*Lang T. et al. – 2009*).

a) Enchaînement de causalité et trajectoire de vie

Certaines approches diachroniques, utilisant comme concept central le parcours évolutif de l'individu, ont tenté de modéliser les « chaînes de causalité » intervenant dans la production des états de santé (*Lang T. et al. – 2009*). Les facteurs dits « proximaux » relevant du domaine individuel (niveau d'études, revenus du ménage, réseau social, conditions de travail etc.) se cumulent aux déterminants « distaux » (cadres macrosociaux tels que l'environnement sociétal, culturel, socioéconomique etc.) à chaque moment et tout au long du cours de la vie de la personne. Trois modèles théoriques sont usuellement utilisés en épidémiologie pour symboliser cette évolution (*ibid.*) :

- **les périodes critiques** : il s'agit d'une fenêtre de temps pendant laquelle une exposition peut être particulièrement délétère ou favorable à la santé actuelle et future de l'individu.
- **l'accumulation des risques** : ce cadre d'analyse permet de rendre compte du caractère cumulatif des inégalités de santé. Ces dernières peuvent effectivement devenir importantes malgré une exposition mineure mais répétée à certains facteurs de risque. Les désavantages peuvent se concentrer particulièrement à un moment donné de la vie de l'individu, tout autant qu'ils peuvent s'accumuler de son enfance jusqu'au grand âge.
- **la trajectoire :** ce concept concerne les « chaînes de causalité » à proprement parler. Un évènement intervenant à un moment précis sur le parcours de l'individu peut induire une

exposition future à un autre facteur de risque. Prendre en compte l'interdépendance entre ces différents déterminants est ainsi nécessaire à la compréhension de l'étiologie des états de santé.

La distinction de différents niveaux de déterminants (« macro » et « micro ») pose cependant certaines questions d'ordre épistémologique à l'épidémiologie. En effet, ce type de raisonnement n'insiste pas suffisamment sur le caractère écologique et réciproque des facteurs individuels et contextuels intervenant dans la production des inégalités de santé (*Hiatt R.et al. – 2008*). D'autres approches plus transversales ont ainsi été proposées.

b) Emboîtement de causalité et « incorporation »

En premier lieu, le courant matérialiste postule que les inégalités sociales sont avant tout l'aboutissement d'une accumulation de carences de ressources matérielles. Les difficiles conditions de vie, de travail, le manque d'infrastructures collectives de soins associés à de faibles moyens financiers seraient les principales raisons à l'origine des disparités de santé. A l'opposé, les partisans de la théorie psychosociale considèrent que ce sont les inégalités de distribution des ressources elles-mêmes qui sont délétères pour la santé des plus pauvres. Le « stress psychosocial » induit par le perpétuel combat mené par ces derniers pour conserver leur statut au sein de la société serait source d'un épuisement physiologique et psychologique propices aux problèmes de santé (*Goldberg M. et al. – 2003 / Wilkinson R. et al. - 2013*).

Dans le domaine des maladies chroniques et du cancer, la prise en compte diachronique des évènements intervenant sur le parcours de santé des individus est tout aussi cruciale que la compréhension des facteurs transversaux qui interviennent dans l'équation (*Hiatt R.et al. – 2008)*. Le modèle dit « éco-social » proposé par Nancy Krieger est particulièrement intéressant puisqu'il propose une synthèse des deux cadres conceptuels précédemment évoqués. Cette chercheuse a par ailleurs validé sa théorie avec l'étude des déterminants sociaux du cancer (*Krieger N. – 2005*). Elle s'est efforcée d'associer les interactions entre les facteurs individuels « microscopiques » des individus (facteurs biologiques, facteurs de risque individuels, histoires de vie etc...), le contexte « mésoscopique » du lieu de vie, de l'environnement professionnel et le niveau « macroscopique » (organisation socio-économique de la société, coutumes et pratiques culturelles, histoire et politique du lieu etc.). Le schéma des déterminants sociaux du cancer semble ainsi très complet. La santé des populations est considérée comme contextuelle, définie par les conditions physiques et sociales des lieux de vie et d'emploi ainsi que du cadre historique au sein duquel elle est produite. Le cancer est une pathologie systémique, dont les déterminants sociaux « passent sous la peau » pour se déclarer sous forme de maladie du fait de l'accumulation de ces contraintes. Le concept d' « embodiment » est ainsi le cœur de sa théorie : « le corps absorbe, intègre les conditions d'existence de l'homme car il est à la fois organisme biologique et être social » (*Hiatt R. et al. – 2008*).

Schéma n° 1 : Modèle « éco-social » de la production de la santé des populations – Nancy Krieger

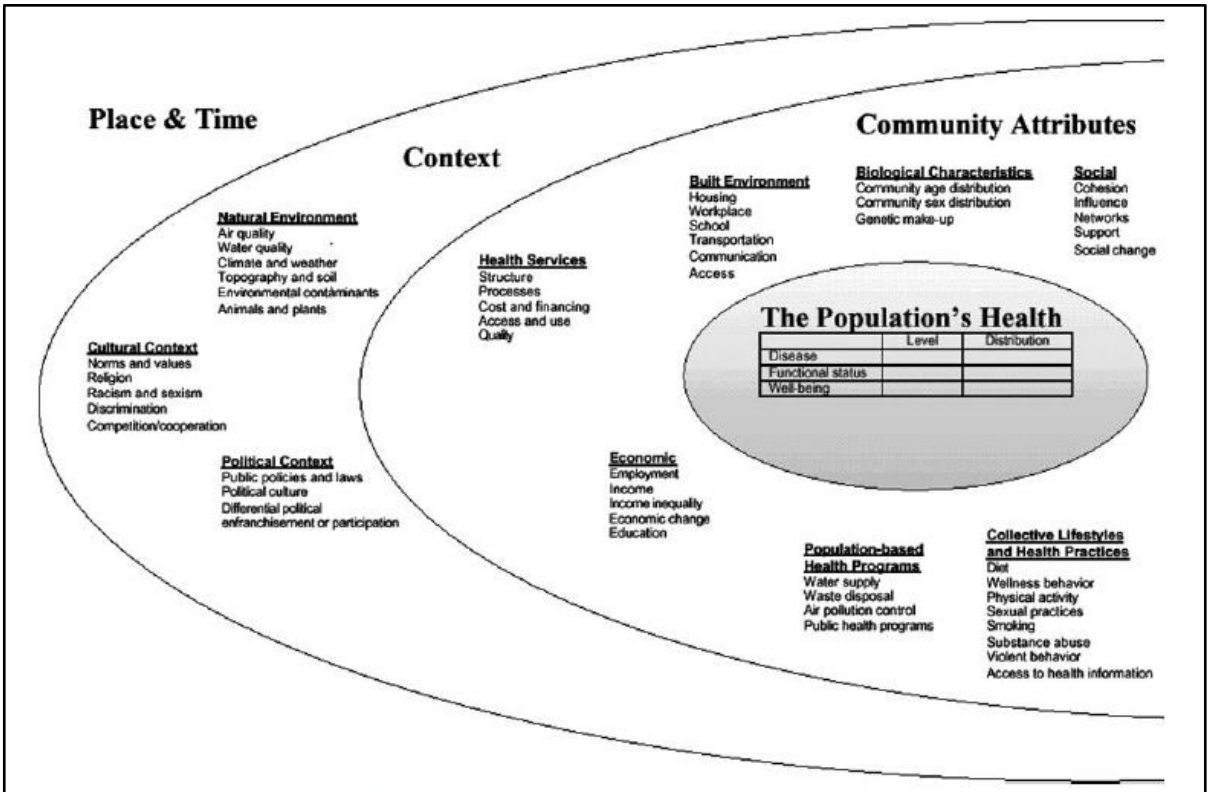


Fig. 1. Model of 'population health' included in the US federal report *Shaping a Vision of Health Statistics for the 21st Century* [59].

Source : *Krieger N. - "Defining and investigating social disparities in cancer : critical issues" – Cancer causes & control, Vol 16, 2005*

Cette approche permet notamment de considérer globalement les déterminants du cancer, tel un « continuum » (*National Cancer Institute – USA*) qui évolue dans le temps et au sein d'un espace considéré à plusieurs échelles.

Bien que pertinente dans une certaine mesure, cette théorie aboutit à la hiérarchisation de différentes ellipses qui relèvent finalement d'une même sphère (particulièrement en ce qui concerne le contexte (« *context* ») et le lieu (« *place* ») dont la distinction reste abstraite). Ainsi, elle n'explicite pas comment entendre la subtilité des relations entre les différents niveaux. Tout d'abord au sein d'une même ellipse, par exemple concernant les « ressources de la communauté », de multiples interactions peuvent avoir lieu entre les populations, leur environnement social et politique. En ce qui concerne l'accès aux soins, pierre angulaire du pronostic du cancer (*Dejardin O. et al. – 2011*), la production des inégalités relève d'une accumulation de processus qui ne sont pas unilatéraux. L'homme en société ne « subit » pas simplement les carences du système de soins mais il participe à les produire et à les reproduire tout autant que ces dernières influencent son parcours de soins. L'expression « accès aux soins » désigne en effet l'accessibilité aux soins, en termes physique et financier, mais également l'usage ou le recours qui en est fait (*Lombrail P. – 2005*). Dans ce domaine, Pierre Lombrail a proposé un cadre d'analyse intéressant qui distingue les inégalités induites par

« omission » relevant du fonctionnement en routine du système de soins, de celles produites par « construction » c'est-à-dire résultant de l'absence de prise en compte des inégalités par les politiques de santé (*Lombrail P. et al. – 2005 / Lombrail P. - 2007*). Dans la première catégorie, la méconnaissance des mécanismes à l'origine des inégalités de santé entraine la reproduction de comportements involontairement délétères pour les patients vulnérables. Ces mécanismes relèvent à la fois de caractéristiques individuelles des personnes soignées (difficultés de compréhension du langage médical pour les personnes les moins éduquées, distance avec les représentations des professionnels du fait d'une appartenance culturelle spécifique etc.) que des professionnels soignants (compétences, attitudes et pratiques vis-à-vis de certains types de population). Imprégnés des normes et valeurs sociales françaises, contraints par les limites et les possibilités offertes par le système de soins, les acteurs participent ainsi à la non-reconnaissance et / ou à la non-satisfaction des besoins de soins. En ce qui concerne les inégalités « par construction », le paradigme du « soin réparateur » particulièrement prégnant en France induit une timide prise en compte des déterminants sociaux de la santé au cours de la relation soignant-soigné. A l'échelle du système de soins, l'organisation du secteur curatif s'articule difficilement avec la prévention et le secteur du médico-social qui ne reçoivent par ailleurs qu'une faible part des financements publics (*Lombrail P. – 2007*). La prise en charge du cancer du sein en France est exemplaire en termes de cumul de ces deux types d'inégalité. Le dépistage organisé a pour objectif de réduire les inégalités d'accès à ce dernier, sans parvenir pour autant à les annuler. Mais si l'objectif visé est de réduire la mortalité par cancer du sein, il ne suffit pas d'améliorer la précocité du diagnostic via le dépistage. Il faut également organiser le suivi des femmes pour qui ce dernier s'est révélé positif. Or le système rencontre ici une faiblesse majeure puisque les dispositifs de dépistage et de soins fonctionnent de manière indépendante, rendant ainsi particulièrement difficile l'orientation des patientes et la coordination des acteurs. Ces derniers cloisonnent « malgré eux » leur activité au champ de compétences pour lequel ils sont financés (*ibid.*).

La production des inégalités de santé relève ainsi de processus complexes, résultant du dialogue continuel entre l'individu et la société à chaque niveau considéré et à chaque étape de sa trajectoire. Dans le cas du cancer, il est indispensable d'associer une approche longitudinale (prenant en compte « les chaînes de causalité » intervenant sur les trajectoires des acteurs sociaux) à une approche transversale telle que nous l'avons décrite. La combinaison de ces deux points de vue est nécessaire pour comprendre le système des facteurs sociaux influençant les parcours de soins. Nous reviendrons ultérieurement sur la déclinaison particulière des « causalités » impliquées dans la production des inégalités face au cancer du sein, amplement décrite par de multiples travaux internationaux. Egalement, nous aborderons précisément les

cadres conceptuels que nous utiliserons pour articuler les sphères « microsociale » et « macrosociale » intervenant dans les schémas de prise en charge de cette pathologie.

Cependant, ces analyses épidémiologiques et sociologiques insistent sur le contexte d'interactions entre les facteurs générateurs d'inégalités sans pour autant le considérer comme le support inhérent à la construction des états de santé. Le temps et l'espace constituent pourtant l'ellipse la plus large du modèle de Nancy Krieger, englobant tous les autres composants de son schéma. Quels sont précisément les interactions entre l'espace et la santé des populations ?

2) Des inégalités sociales aux inégalités territoriales de santé

A l'instar des inégalités sociales, les inégalités territoriales de santé sont un terme en vogue dans le débat public. Depuis la loi de 2002, la réforme constitutionnelle relative à l' « organisation décentralisée » de l'Etat a concédé certains pouvoirs aux collectivités territoriales. Les régions ont hérité au fur et à mesure de la gestion et de l'organisation de l'offre de soins et de santé. La loi Bachelot, communément appelée « Hôpital, patients, santé et territoires » (HPST), a initié depuis 2009 la vulgarisation de la notion de *territoire*. Ce terme apparaît aujourd'hui couramment dans les programmes de promotion de la santé et de réduction des inégalités. En effet, le « local », le « territoire de vie » des habitants est aujourd'hui l'échelle préconisée pour l'adaptation des politiques de santé aux personnes nécessiteuses (*Amat-Roze J.M. - 2011*). Au regard de ce que nous avons expliqué dans la partie précédente, il est politiquement plus aisé de s'attaquer à la problématique des inégalités sur la base d'indicateurs de santé spatialisés plutôt que de livrer bataille à la source des inégalités sociales (*Vigneron E. – 2011*). Cependant, les inégalités territoriales de santé ont une dimension bien plus vaste que ce simple aspect administratif.

a) L'espace comme miroir des inégalités sociales ?

Les « fractures françaises » se sont creusées depuis les années 1970, au fil du déclin de l'industrie et des recompositions socio-démographiques des territoires (*Guyllui C. – 2010*). Ce processus, amorcé depuis le XIXe siècle, a pris la forme d'un triple mouvement de séparation des espaces urbains associant « la relégation, la périurbanisation et la gentrification » (*Donzelot J. – 2005*). Ces trois dynamiques ont été concomitantes et ne font sens que dans une perspective d'ensemble. La « relégation » s'est amorcée avec la construction des grands ensembles. Initialement pensés pour accueillir une pluralité de profils sociaux, ces derniers sont rapidement devenus un lieu de concentration des classes défavorisées et issues de l'immigration en mal d'ascension sociale (*ibid.*). Les classes moyennes, qui vivaient au sein de ces espaces et dans le centre-ville devenu financièrement inaccessible, se sont retirées en périphérie des villes. La sécurité de l'entre-soi et les lotissements pavillonnaires sont encore aujourd'hui le symbole de ces espaces périurbains, où les classes moyennes salariées se sont particulièrement installées (*Berger M. – 2006*). Quant au

phénomène de gentrification, il concerne le retour des classes aisées dans les centres villes désertés par les autres populations. Elles ont en effet réinvesti les quartiers populaires centraux depuis les années 1990, et participent depuis à la transformation physique, socio-économique et culturelle de l'espace urbain (*Bidou-Zachaliasen C. – 2000*). Parallèlement à ce triptyque dynamique, les pôles d'emploi se sont développés en périphérie des villes au sein d'espaces stratégiques facilement accessibles en transports. C'est ainsi que nous pouvons observer une accentuation de la division sociale de l'espace francilien. Certains phénomènes de ségrégation socio-spatiale sont aujourd'hui visibles à l'échelle régionale, départementale ou même micro-locale (*Berger M. – 2006*). Ces processus de ségrégation, liés à la spécialisation sociale et économique des territoires, sont à l'origine d'une grande partie des inégalités territoriales de santé. L'espace porte effectivement l'empreinte de l'organisation socio-spatiale des communautés, également en ce qui concerne la santé (*Vigneron E. – 2011*). Nous verrons plus loin que le cas des Hauts-de-Seine est particulièrement intéressant en la matière.

b) L'effet du « milieu » sur la santé

Au-delà de cet « effet de composition » dû à la (supposée) ressemblance sociale des populations qui vivent en un même lieu, l'espace peut être source d'aggravation ou d'atténuation des déterminants sociaux de la santé (*Cumins S. et al. – 2007*). L' « effet du milieu » sur la santé est connu et étudié depuis Hippocrate, avec son célèbre traité « *Airs, eaux, lieux* ». Le contexte, ou milieu local, peut être défini comme étant « le résultat de dynamiques d'influences mutuelles qui associent des ensembles d'individus et des processus économiques et sociaux d'une façon spécifique à un lieu » (*Philibert M. – 2011*). Les interactions locales de ces processus donnent lieu à des agencements spatiaux particuliers des déterminants de la santé. Nous pouvons citer par exemple les expositions naturelles ou artificielles à certains facteurs de risque ou encore les conditions de logement. L'environnement de vie peut également être plus ou moins favorable à l'exercice d'une activité sportive, à l'accès à une alimentation saine etc. L'appartenance culturelle et l'intensité des relations sociales contribuent largement à la production des états de santé et des inégalités (*Macintyre S. et al. - 2002*). La densité de ce réseau est variable en fonction du lieu de vie des individus (*Goldberg M. et al. – 2003*). Enfin, l'accès aux soins dépend invariablement de l'environnement au sein duquel vivent les individus. Ce dernier est effectivement inégal en fonction de l'offre médicale de proximité et des services de santé disponibles, de l'accessibilité physique et financière aux lieux de soins (offre de transports en commun, sectorisation des professionnels) ou encore des politiques locales en faveur de la santé (*Vigneron E. – 2011*). Nous pouvons ainsi parler d'un « effet de contexte » qui alimente d'autant plus le concept d'inégalités territoriales de santé (*Macintyre S. et al. – 2002)*.

c) Territoire et santé

La notion de territoire ne se résume cependant pas au cumul des effets de composition et de contexte. Il est effectivement circonscrit et délimité dans l'espace, comme le suggère la loi HPST. Mais la géographie postule que ce périmètre est variable en fonction du vécu de chacun des acteurs sociaux, qu'il est mouvant dans le temps et en continuelle interaction avec les autres territoires qui l'environnent (*Moine A. - 2006*). Certes le territoire, au sens de milieu, produit les états de santé à travers l'environnement physique et social. C'est au sein de ce cadre plus ou moins contraignant que les acteurs sociaux interagissent et évoluent collectivement. Mais au-delà de cet « effet direct » du territoire sur la santé, le géographe considère qu'il est à la fois produit et enjeu de rapports sociaux plus ou moins favorables à la santé (*Salem G. – 1998*). Le territoire est chargé de normes, de symboles et de pratiques de santé reproduites dans le temps par les acteurs sociaux : « il fonctionne comme un relais et médiateur. Au plan des mentalités individuelles, c'est un transmetteur de messages, de signification » (*Sautter G. – 1973*). Il façonne leurs interactions et leurs trajectoires, notamment à travers les parcours de soins. En écho, les besoins de santé nécessitant des aménagements et des politiques spécifiques participent à transformer l'espace et à modifier les flux de population. De la même façon, les individus s'approprient et pratiquent peu ou prou le territoire, en fonction de leurs représentations et de leur expérience de l'espace (*Chevalier J. - 1974)*. Cela sous-entend une plus ou moins bonne information sur la santé ou encore une connaissance variable des structures existantes. Enfin, le territoire est un lieu où se jouent des rapports de pouvoir entre les acteurs sociaux : « poser la question du lien entre territoire et santé suppose au préalable de clarifier le postulat selon lequel la production de la santé est en grande partie une production politique au sens plein du terme » (*Vaillant Z – 2008*). A travers la répartition des médecins et des structures de soins, par la plus ou moins bonne coordination entre les institutions, nous pourrions en effet décrypter des stratégies de contrôle territorial de la santé et de maitrise des trajectoires des patients.

C'est dans ce sens large qu'il faut entendre l'expression d'inégalités territoriales de santé tout au long de ce travail. Le territoire est le support scientifique qui va nous permettre d'articuler notre problématique et de lier les différentes dimensions qui la caractérisent. C'est à travers ce cadre que nous pourrons saisir la subtilité des interactions entre les mondes « micro » et « macro » sociaux participant à la construction des inégalités face au cancer du sein. Comment les femmes souffrant de cette pathologie se soignent et se font soigner dans un département extrêmement hétérogène comme les Hauts-de-Seine ? Quels sont les fondements et la genèse des éventuelles disparités face à cette maladie ? Comment sont-ils à l'origine d'aménagements locaux et d'enjeux politiques ? Dans la partie suivante, il s'agira de décrire le fil

conducteur de cette problématique, à travers le prisme du territoire comme cadre scientifique. Mais nous allons tout d'abord établir l'état des lieux des connaissances existantes au sujet des inégalités face au cancer du sein.

IV. Accessibilité et continuité des soins : de la théorie à la pratique

Pour pouvoir décrire ce que peuvent signifier les inégalités en ce qui concerne le cancer du sein, il nous faut d'abord comprendre quel est le parcours « idéal » d'une femme chez qui il est diagnostiqué.

1) Cadre législatif et qualité des soins en cancérologie

Le début du parcours de soins d'une femme souffrant d'un cancer du sein correspond à l'entrée dans le système de soins et donc à la possibilité d'y accéder. Selon Pierre Lombrail, l'accès aux soins peut se définir comme « l'utilisation en temps utile de service de santé par les individus de façon à atteindre le meilleur résultat possible en termes de santé. On distingue l'accès aux soins primaires, qui désignent véritablement l'entrée dans le système de santé, et l'accès secondaire aux soins qui caractérise la manière structurellement déterminée dont se déroulent les soins après un premier contact » (*Lombrail P. – 2007*). L'accès aux soins primaires dépend ainsi des droits sociaux dont dispose la personne (protection sociale et couverture maladie) tout autant que de l'accessibilité physique aux soins de premiers recours en fonction du lieu de résidence (densité et disponibilité des professionnels en médecine générale, en gynécologie ; proximité géographique de ces derniers). Les comportements de santé et les modes de recours aux soins spécifiques aux individus interviennent essentiellement au moment de cette étape initiale. L'accès secondaire renvoie essentiellement à la pertinence des diagnostics posés et la qualité de la réalisation des actes (*Lombrail P. – 2005*). Les facteurs structurels, proprement liés à l'organisation du système de soins, sont donc plus déterminants en ce qui concerne cette deuxième phase du parcours. Toutefois, un gage de qualité de la prise en charge aujourd'hui légalement reconnu est la continuité des soins. La définition que revêt ce terme reste cependant relativement floue car peu explicitée dans les textes (*Boschetti Y. et al. – 2006*). Elle est définie, dans le dictionnaire des soins infirmiers du groupe AMIEC Recherche comme étant « le caractère de la prise en charge des soins dont la permanence et la cohérence reposent sur l'action concertée des différentes personnes qui participent au projet de soin » (*ibid.*). Une définition plus précise, proposée par une équipe québécoise de recherche sur le cancer, stipule que « la continuité des soins est l'évaluation des services reçus, dans le cadre d'une coordination et d'une succession ininterrompue d'évènements, compatibles avec les besoins de soins médicaux des patients » (*Bairati I. et al. – 2007*). Quels sont les critères permettant d'évaluer la qualité des soins et la coordination en France ?

Dans le domaine de la cancérologie, l'accessibilité aux soins, la cohérence de l'offre ainsi que sa qualité ont fait l'objet de nombreuses réformes législatives pour permettre une meilleure coordination entre les multiples professionnels qui interviennent tout au long du parcours. Cette organisation s'est concrétisée grâce à une première circulaire publiée en mars 1998 (*Circulaire n°98-213 du 24 mars 1998*). Cette réforme a posé les bases de la stratégie pluridisciplinaire et du schéma de prise en charge concertée, de la structuration de l'offre à travers la graduation des établissements de soins et de la coordination des acteurs et des structures. Elle a marqué la naissance du statut de « structure de soins de référence » qui est l'établissement hautement spécialisé dans le traitement du cancer, capable de traiter les pathologies complexes avec notamment une mission de recherche et d'enseignement. Les sites orientés vers la cancérologie sont ceux qui assurent la majorité des prises en charge sans pour autant s'investir dans la recherche. Enfin, les établissements de proximité assurant des soins aux patients cancéreux, proposent des services complémentaires aux structures spécialisées mais exercent ces activités sous leur tutelle. Cette circulaire a également incité à la constitution des réseaux de soins, contractualisant la coopération entre les établissements.

L'organisation des soins en cancérologie a beaucoup évolué sous l'impulsion du premier « Plan Cancer » lancé en 2003. La création de l'Institut National du Cancer (INCa) a dédié à un organisme unique l'expertise scientifique et l'élaboration des bonnes pratiques de soins. A partir de cette date et sous l'égide de l'INCa, une succession de textes de loi a participé à structurer davantage l'accessibilité et la continuité des soins en cancérologie. Le cadre juridique qui a radicalement transformé la carte de l'offre de soins dans ce domaine est intervenu à partir de 2007 (finalisé en 2011). Plusieurs décrets relatifs aux autorisations pour le traitement du cancer ont effectivement été votés (*INCa – 2010*). Le décret de mars 2007 a contraint les établissements à justifier d'un seuil minimal d'activités pour recevoir l'agrément de centre de traitement du cancer. En onco-sénologie, l'activité chirurgicale doit dorénavant être supérieure à 30 interventions par an, supérieure à 600 patients traitées en radiothérapie et à 80 personnes en chimiothérapie. L'équité et la qualité de traitement pour tous les territoires constituaient les objectifs de cette nouvelle réforme. De plus, ce cadre a également astreint les établissements à remplir certains critères de qualité transversaux : le dispositif d'annonce (temps médical et paramédical d'annonce du diagnostic), la réunion de concertation pluridisciplinaire (RCP), le respect des référentiels de traitement, la remise d'un programme personnalisé de soins (PPS), l'accès aux soins de support (lutte contre la douleur, accompagnement social etc.) et aux innovations thérapeutiques. Mais encore l'adhésion à un réseau de cancérologie, la continuité des soins et la qualification des médecins sont autant d'obligations auxquelles les structures de soins doivent répondre pour être habilitées à traiter le cancer. Dans le domaine spécifique de la chirurgie carcinologique mammaire, les établissements sont obligés de prévoir sur place ou par convention l'accès aux techniques de reconstruction mammaire et à celles permettant la détection du ganglion sentinelle (nous y reviendrons plus loin). Certains critères

propres à la préparation et à l'administration des traitements de radiothérapie et de chimiothérapie sont également clairement encadrés (*INCa - 2010*).

Les référentiels nationaux de bonnes pratiques ont été élaborés par l'INCa à partir de 2007. Les conduites thérapeutiques préconisées pour le cancer du sein ainsi que les délais maximum de prise en charge y sont explicités. Ainsi, le délai d'initiation de la radiothérapie ne doit pas dépasser 3 mois après la chirurgie. Si une chimiothérapie adjuvante est indiquée, la radiothérapie doit débuter au maximum 5 semaines après cette dernière. Enfin, le temps écoulé entre la chirurgie et la radiothérapie ne doit pas excéder 6 mois (*INCa – 2013*). Cependant, il n'existe pas de délai maximal préconisé entre le diagnostic et la chirurgie. Selon une récente étude de la Fédération nationale des observatoires régionaux de santé (FNORS) et de l'INCa réalisée dans 8 régions françaises, nous savons qu'en moyenne deux semaines s'écoulent entre la mammographie et le compte-rendu anatomopathologique de la biopsie. Le délai entre le diagnostic et la chirurgie s'élève à environ 3 semaines, et environ deux semaines séparent l'intervention chirurgicale de la proposition thérapeutique. Ces délais respectent globalement ceux préconisés par la littérature internationale (*FNORS et al. – 2011*).

L'accessibilité aux soins secondaires en cancérologie est ainsi réglementée par les seuils d'activités minimaux des établissements. La qualité des soins est encadrée par les référentiels de bonnes pratiques, l'obligation de qualification des professionnels et les délais de prise en charge. Enfin, la coordination entre les acteurs de lutte contre le cancer garantissant la continuité des soins est censée être assurée par les réseaux régionaux et territoriaux de cancérologie. Cependant malgré ce cadre, certaines disparités persistent en fonction du lieu de résidence des femmes, des établissements de soins et des réseaux locaux de coordination. Nous verrons plus loin que ces derniers rencontrent effectivement de nombreuses difficultés pour remplir leur mission.

2) Parcours de soins « type » d'une patiente

Un cancer du sein peut être diagnostiqué du fait de la présence de signes d'appel (1/3 des femmes) ou dans le cadre d'un dépistage par mammographie (via le DO dans 1/3 des cas via le DI dans 1/4 des cas) (*FNORS et al. – 2011*). Par diagnostic, il faut entendre ici le diagnostic clinique et histopathologique qui correspond à la première étape du parcours de la personne chez qui est découvert un cancer du sein. On appelle lésions cliniques les symptômes anormaux constatés lors de l'examen de la patiente (nodules du sein ou adénopathies régionales palpables manuellement). Un cancer du sein peut être également évoqué devant une mammographie associée à une éventuelle échographie suspectes, sans symptômes cliniques apparents. On parle dans ce cas de lésions infracliniques, caractérisées selon la classification « ACR » de l'*American College of Radiology.* Cette dernière compte 5 niveaux en fonction de l'importance de l'anomalie radiologique (*Zelek L. et al. – 2007)*. La présence de symptômes cliniques et / ou radiologiques donne lieu à plusieurs examens

complémentaires préalables à la chirurgie. Si des lésions cliniques sont décelables, la biopsie est invariablement indiquée. Le Collège américain de radiologie préconise la pratique systématique de cet examen à partir d'une image ACR 4 (*Référentiel Rémagus – 2011*). Le type de biopsie indiqué (cytoponction, microbiopsie ou macrobiopsie) est différent en fonction de certains critères définis dans les référentiels de prise en charge, sensiblement différents selon les établissements (*INCa – juillet 2012*). Le prélèvement mammaire permettra ainsi de confirmer s'il s'agit d'une tumeur maligne nécessitant un acte chirurgical. Il est possible à ce stade, d'effectuer également un prélèvement ganglionnaire percutané en fonction de certains critères de malignité à l'échographie (*ibid.*). Un examen sanguin complet, recherchant notamment la présence plasmatique des marqueurs tumoraux (les marqueurs CA 15-3 et ACE sont les plus fréquemment recherchés dans le cadre du cancer du sein) viendra compléter ce bilan préthérapeutique (*Dubois J.-B. et al. – 1996*). Dans certains cas où le diagnostic est particulièrement difficile à établir, l'IRM initiale peut être également indiquée (*HAS – 2010*). Un bilan d'extension spécifique (radiographie pulmonaire, scintigraphie osseuse et échographie abdominale) est préconisé dans le cas de tumeurs dont le stade est particulièrement avancé (*Zelek L. et al. – 2007).* Le stade du cancer est ainsi déterminé à partir de ces différents examens, par le biais de la classification internationale TNM. En fonction de la taille de la tumeur (T), de la présence d'adénopathies régionales (N pour nodule) et / ou de métastases (M), la conduite thérapeutique sera discutée en réunion de concertation pluridisciplinaire (RCP). Dans un premier temps, le stade « cTNM » (c pour clinique) est défini. Ensuite la caractérisation du stade « pTNM » (p pour histopathologique) permet de confirmer, au niveau anatomopathologique, le diagnostic de tumeur maligne après la biopsie (si suffisamment de tissus ont été prélevés) ou le premier acte chirurgical (cf. annexe n°1 pour la classification). Le carcinome est qualifié d' « in situ » s'il est limité à la membrane basale des cellules, ce qui concerne environ 13 % des cas. A l'inverse, on appelle carcinome infiltrant une tumeur qui a envahi de façon plus ou moins importante les tissus environnants. Ce type de cancer est le plus fréquemment diagnostiqué, mais les tumeurs de petites tailles sans envahissement ganglionnaire représentent plus de 60 % des cas (*FNORS et al. – 2011*). Le grade du cancer est également déterminé par cette première analyse anatomopathologique. Ce dernier est déterminant pour établir la stratification pronostique du cancer du sein. Il existe plusieurs classifications du grade histopronostique mais celle utilisée en France est la classification SBR de « Elston et Ellis » (cf. annexe n°1). Elle comporte trois niveaux en fonction de l'agressivité de la tumeur que l'anatomopathologiste évalue à travers trois paramètres : l'architecture tumorale, la forme et la taille du noyau cellulaire ainsi que l'activité mitotique (nombre et vitesse de division cellulaire des cellules cancéreuses) (*Zelek L. – 2007*). L'examen histopathologique comprend également la définition du statut hormonal du carcinome. En effet, les cancers sont dits « hormonodépendants » lorsque les cellules sont porteuses de récepteurs aux oestrogènes (RE) et à la progestérone (RP). Ces derniers représentent 80 % des cancers du sein (*INCa – 2013*). Si les

récepteurs HER 2 sont retrouvés, cela signifie que la tumeur dispose de facteurs de croissance particuliers qui lui permettent de se développer plus rapidement. La biopsie permet donc de confirmer souvent d'emblée le diagnostic histologique de cancer du sein. La stratégie thérapeutique est ainsi définie après cet examen, au cours d'une discussion en RCP. Le premier traitement correspond dans la majorité des cas à la chirurgie. Mais il arrive qu'une chimiothérapie néoadjuvante, c'est-à-dire préalable à la chirurgie, soit indiquée dans les cas où la tumeur est trop volumineuse pour être opérée (*Référentiel REMAGUS – 2011*). Au cours de l'intervention chirurgicale, le médecin anatomopathologiste analyse un fragment de tissu mammaire et le premier ganglion de la chaine axillaire au cours d'une procédure appelé la technique du « ganglion sentinelle ». En fonction des résultats, le chirurgien résèque largement la tumeur et effectue un curage axillaire si plusieurs ganglions sont atteints. Selon la taille de la tumeur, de son caractère plus ou moins infiltrant et hormonodépendant, du grade du cancer, des facteurs de risque de récidive et du choix de la patiente, la chirurgie conservatrice ou la mastectomie totale (avec éventuel curage axillaire) sont privilégiées (*INCa – 2013*). Le traitement adjuvant, proposé suite à la chirurgie, dépend du grade de la tumeur. La radiothérapie, la chimiothérapie adjuvante, l'hormonothérapie (traitements qui permettent d'inhiber spécifiquement les récepteurs hormonaux) ou les thérapies ciblées (traitements qui limitent l'activité de certains récepteurs comme HER2 par exemple) sont privilégiées ou associées à la lumière de tous ces éléments, au cours de la RCP (*INCa – 2013*). En fonction du type de chirurgie et du traitement adjuvant, la reconstruction mammaire est réalisée immédiatement ou de façon différée. En effet, il n'est pas préconisé d'effectuer des séances de radiothérapie après une chirurgie oncoplastique (*Référentiel REMAGUS – 2011*). Suite à cette prise en charge hospitalière, un suivi à vie est indiqué pour toute femme ayant eu un cancer du sein. Il consiste classiquement en un examen gynécologique biannuel pendant 5 ans, puis annuellement par la suite. La mammographie est également préconisée tous les ans (éventuellement associée à une échographie) (*INCa – 2012*). Ce suivi pendant les 5 premières années peut être organisé exclusivement à l'hôpital, ou de façon partagé avec la médecine de ville. Dans le cas où des traitements hormonaux, des éventuelles thérapies ciblées sont préconisées ou en cas de prédispositions génétiques, le suivi peut être davantage rapproché (*ibid.*).

De ces spécificités propres aux caractéristiques de la tumeur dépendent donc les modalités et les équipements nécessaires au traitement. Cependant certains déterminants indépendants de ces facteurs strictement médicaux interviennent dans les délais de diagnostic, de prise en charge et participent à une issue plus ou moins favorable de la pathologie.

V. Inégalités et cancer du sein : état de l'art en 2014

Depuis les années 1980, la recherche concernant les inégalités face au cancer du sein s'est particulièrement développée aux Etats-Unis, au Royaume-Uni et en Europe du Nord. Une multiplicité de travaux a démontré qu'il existe des facteurs générateurs d'inégalités à chaque étape du continuum du cancer. Le terme « continuum » est apparu en Amérique du Nord dans le milieu des années 1970 pour décrire les différentes étapes de cet ensemble pathologique, de la prévention jusqu'à l'après-cancer et identifier les points sur lesquels la recherche est encore insuffisamment développée (*National Cancer Institute – cancercontrol.cancer.gov*). Ces études s'appuient essentiellement sur une approche longitudinale, considérant les inégalités comme une accumulation de facteurs individuels et sociaux tout au long de la trajectoire (*Hiatt R. et al. – 2008*). Pour présenter cette revue de littérature, nous allons utiliser la « grille de recherche des disparités du cancer » (*Krieger N. – 2005)* qui permet de repérer où la recherche a été réalisée, en lien avec les différents domaines des inégalités et tout au long du continuum du cancer.

1) Prévention et incidence

En termes d'accès à la prévention et d'incidence, nous avons évoqué plus haut les facteurs qui exposent plus ou moins au risque de développer un cancer du sein. Néanmoins, il est intéressant de noter que les femmes issues de milieux socio-économiquement favorisés étaient traditionnellement plus touchées par le cancer du sein (vie active, grossesse tardive etc.) que les classes populaires (*Rutqvist L.E.- 2006*). Mais ce gradient s'est inversé depuis les années 1990 en France, notamment du fait de l'augmentation globale du niveau d'éducation des femmes, de l'homogénéisation des comportements reproductifs (*Menvielle G. et al. – 2006*), ainsi que de l'exposition accrue des catégories sociales modestes à une mauvaise alimentation et aux facteurs environnementaux (*Berger F. et al. – 2012*).

En outre, la veille épidémiologique de l'incidence des cancers est assurée en France par une équipe partenariale constituée du réseau des registres des cancers (FRANCIM), du service de biostatistiques des Hospices Civils de Lyon (HCL), de l'Institut de veille sanitaire (InVS) et de l'INCa (*Binder-Foucard F. – 2013*). Depuis 2008, ce groupe de recherche observe les variations épidémiologiques du cancer du sein tant du point de vue statistique que spatial (*INCa 2008, 2012, 2013*). Certains laboratoires universitaires, en partenariat avec l'INCa et l'Institut national de la santé et de la recherche médicale (INSERM) se sont également penchés sur les disparités spatiales d'incidence du cancer du sein (*Salem G. et al. – 1999, 2006*). Mais à ma connaissance, les mécanismes générateurs des disparités d'incidence à fine échelle n'ont jamais été étudiés en France.

2) Accès au dépistage du cancer du sein et retard de diagnostic

La précocité de la découverte d'un cancer du sein constitue le déterminant pronostique fondamental de cette pathologie. L'inégal accès au dépistage peut ainsi engendrer un retard de diagnostic chez certaines femmes, synonyme de mauvais pronostic. L'organisation du dépistage du cancer du sein en France associe à la fois un dispositif organisé par l'Etat (dépistage organisé ou DO) et la possibilité de réaliser une mammographie indépendamment du système contractuel (dépistage individuel ou DI).

Des facteurs structurels liés à l'organisation même du dispositif en France sont mis en cause dans la participation au dépistage : coexistence du dépistage organisé et du dépistage individuel, campagne injonctive et trop médicalisée, caractère « social » du dépistage organisé, parcours vécu comme complexe ...etc. (*Bertolotto F. et al. – 2003 / Junod B. et al. – 2003)*.

Les études épidémiologiques réalisées sur la participation au DO par tranche d'âge ont montré une nette corrélation entre participation et âge (*Hirtzlin I. et al. – 2012 / Duport N. et al. - 2008*) : les femmes les plus jeunes (entre 50 et 55 ans), qui entrent dans le dispositif, participent peu par rapport à la tranche d'âge des 55-69 ans qui y a davantage recours. La participation chute brutalement après 70 ans du fait d'un moindre suivi gynécologique et médical. Concernant le DI, la courbe est différente, diminuant progressivement au fil de l'âge. Le risque de présenter un retard de diagnostic est donc plus important pour les femmes ne bénéficiant pas du dépistage organisé et trop jeunes pour être orientées vers le dépistage individuel par leur médecin. Ainsi le risque d'avoir une tumeur supérieure à 20 mm (stade T2, T3 ou T4) est réduit de 40 % entre 35 et 50 ans et de 43 % entre 51 et 70 ans par rapport aux femmes âgées de moins de 35 ans (*Berger F. et al. – 2012*).

Certains déterminants individuels ont été identifiés comme source de réticence à pratiquer le dépistage du cancer du sein : des antécédents familiaux qui conduisent à une peur du cancer (*InVS – 2007*), le manque de temps et l'oubli de répondre à l'invitation (*ibid.*), le manque de confiance envers l'institution médicale (*Bertolotto F. et al. – 2003 / Katapodi M.C. – 2009)* ou encore les représentations culturelles de la maladie propres à chaque femme ou à une communauté (absence de comportements préventifs d'autant plus vis-à-vis du cancer) (*Sanz-Barbero B.et al. – 2011*). Certaines études réalisées aux Etats-Unis ont montré que les femmes issues des minorités ethniques ont de ce fait, une probabilité de présenter un stade avancé au diagnostic supérieure aux autres (*Bradley C. et al. – 2001*). Les femmes afro-américaines ont ainsi 1,19 plus de risque d'avoir un retard de diagnostic comparativement aux femmes caucasiennes, notamment du fait de certaines croyances culturelles concernant le cancer et la peur du dépistage (*Bigby J. et al. – 2005*).

La vulnérabilité socio-économique et identitaire est un déterminant éminemment responsable d'un moindre recours aux soins et aux dispositifs de prévention. La précarité, caractérisée notamment par un faible revenu par unité de consommation (UC) (*Pornet C. et al. –*

2012 / Duport N. et al. – 2008) et l'isolement social souvent associé (*Bertolotto F. et al. – 2003),* l'absence de couverture maladie et le faible recours aux soins qui en résulte (*InVS – 2007* / *Katapodi M.C. – 2009),* un faible niveau d'études (*Duport N. et al. – 2008*) sont autant de raisons incriminées dans le non-recours au dépistage du cancer du sein. Les femmes issues de l'immigration semblent particulièrement éloignées du dispositif, du fait bien entendu de la barrière linguistique mais également parce qu'elles sont plus touchées par la précarité (statut irrégulier et primo-arrivantes) (*Sanz-Barbero B. et al. – 2011 / Katapodi M.C. – 2009).* Certaines études récentes (réalisées par des étudiants en « Géographie de la santé » de l'Université de Paris X – Nanterre) ont cependant apporté des nuances intéressantes en termes de participation au dépistage à l'échelle infra-urbaine. On s'aperçoit par exemple qu'à Boulogne-Billancourt (Hauts-de-Seine), la participation au dépistage organisé est près de 10 % supérieure pour les IRIS (îlots regroupés pour l'information statistique) socio-économiquement très défavorisés par rapport à ceux où vivent les catégories très aisées (*Randrianaivo H. et al. – 2014*). Quand bien même les femmes issues de milieux aisés s'orientent probablement davantage vers le DI, nous pouvons nous interroger sur la persistance de ce gradient en France. En effet, la politique de la ville menée dans les quartiers prioritaires, notamment au sujet de la prévention et du dépistage, ne pourrait-elle pas participer à inverser la tendance ?

Néanmoins, il a été démontré qu'en Ile-de-France, les patientes présentant un diagnostic initial péjoratif (taille de la tumeur supérieure à 20 mm et envahissement ganglionnaire) résident plus volontiers dans les communes dont le revenu médian par UC est faible. Ce gradient, en ce qui concerne la taille de la tumeur, est également observable à l'échelle des départements : les femmes qui habitent en Seine-Saint-Denis, dans le Val d'Oise ou dans les Hauts-de-Seine (département très mixte) ont un risque augmenté de présenter une tumeur dont la taille excède 20 mm (*Berger F. et al. – 2012*). Ce même constat a été fait dans plusieurs pays, où une corrélation avec le niveau d'éducation et la catégorie socio-professionnelle a également été retrouvée (*Kuo T. et al. – 2011 / Rutqvist L.E. et al. – 2006*).

L'isolement géographique et l'accessibilité aux structures de soins influencent la participation au programme. Bien que les conclusions des études menées en la matière soient timides, une petite corrélation entre accessibilité physique à l'examen et participation au dépistage a été observée (*Maheswaran R. et al. – 2006 / Duport N. et al. – 2008).* Il faut cependant être prudent vis-à-vis de ces recherches puisqu'elles comparent souvent des zones urbaines avec des zones rurales. A ma connaissance, aucune étude sur l'impact de l'accessibilité aux structures de soins n'a été réalisée sur le retard de diagnostic en lui-même. En revanche, deux études intéressantes réalisées en Californie ont démontré que la ségrégation socio-spatiale d'une communauté de pairs limitait le retard de diagnostic (*Kuo T. et al. – 2011 / Mobley L. et al. – 2012*). Dans les quartiers défavorisés, la cohésion sociale serait renforcée par la promiscuité d'un même groupe social au sein de petits espaces. L'information au sujet dépistage circulerait ainsi plus facilement (*Mobley. et al. – 2012*). Ce

phénomène aurait un effet bénéfique sur les pratiques et favoriserait le diagnostic précoce (*Kuo T. et al. – 2011*).

Enfin, l'information transmise par les professionnels de santé (médecins généralistes, gynécologues et radiologues) au sujet du dépistage joue un rôle crucial pour l'orientation des femmes dans le dispositif (*Lançon F. et al. – 2012)*. L'engagement de certains médecins envers ce dernier peut influencer le recours ou l'absence de recours et indirectement, la précocité du diagnostic.

3) Traitement et prise en charge hospitalière

Au-delà des spécificités propres au stade et au grade du cancer du sein, certains déterminants ont été identifiés comme source de disparités dans le choix du schéma thérapeutique, dans les lieux de traitement ainsi que dans les délais de prise en charge.

a) Types de traitement

Nous avons déjà évoqué le fait que la faible participation au dépistage et le retard de diagnostic concernent davantage les femmes des catégories sociales modestes. En Ecosse, une étude a retrouvé une corrélation significative entre un important niveau de revenu et une proportion plus importante de chirurgie conservatrice. En outre, les femmes aisées ne sont traitées par chirurgie seule (sans radiothérapie) que dans 7% des cas versus 17,1% pour les femmes socio-économiquement défavorisées (*Thomson C. et al. – 2001*). L'hypothèse proposée pour expliquer ces résultats serait que le retard de diagnostic induit une progression importante de la taille de la tumeur, nécessitant plus systématiquement une mastectomie totale. Dans ce contexte, l'inégale indication de la radiothérapie serait liée à la préconisation d'un traitement adjuvant différent en fonction du type de chirurgie. La radiothérapie est effectivement plus souvent préconisée dans le cas d'une chirurgie conservatrice que d'une mastectomie, pour les tumeurs traitées précocement (*Référentiel REMAGUS – 2011*).

Un récent travail réalisé en France à partir des bases médico-administratives a mis en avant qu'à l'échelle du pays, certaines pratiques s'éloignent des référentiels de traitement. En effet, 35 % des femmes présentant un cancer in situ ne recevraient pas de radiothérapie après une tumorectomie (chirurgie conservatrice), les cancers invasifs ne seraient pas opérés dans 5 % des cas et la chimiothérapie ne serait pas mise en œuvre malgré un envahissement ganglionnaire dans 25 % des situations (*Lefeuvre D. et al. – 2014*). Qu'en est-il en Ile-de-France et dans les Hauts-de-Seine ? Quelles pourraient être les causes de ces écarts aux recommandations de bonnes pratiques ?

b) Lieux de soins et cancer du sein

En ce qui concerne les lieux de traitement, il est admis que l'accessibilité spatiale aux soins dépend à la fois de la disponibilité de l'offre et de l'accessibilité physique au centre de soins (*Jambon C. et al. – 2010*). Mais certains déterminants sociaux sont également incriminés dans le choix de l'établissement de recours. En dépit du cadre législatif régissant l'organisation des soins en cancérologie en France, certaines études laissent supposer que le statut de l'institution de prise en charge reste un facteur pronostique important. Plus l'établissement serait spécialisé dans le traitement du cancer et plus il enregistrerait une importante activité de soins, meilleure serait la survie (*Jambon C. et al. – 2010 / Blais S. et al. - 2006)*. En effet, le fait que les hôpitaux universitaires (CHU) et les centres de lutte contre le cancer (CLCC) aient une activité de recherche serait synonyme de prise en charge de meilleure qualité. Mais contrairement à d'autres pays comme le Québec ou le Royaume-Uni (*Hébert-Croteau N. et al. – 2005*), cette corrélation n'a jamais été démontrée en France (*Jambon C. et al. – 2010 / Blais S. et al. - 2006)*.

Une étude réalisée en Aquitaine en 2008 a montré que pour la chirurgie du cancer du sein, les femmes qui se font opérer dans des établissements à faible volume d'activités (de 30 à 50 interventions par an) ont un niveau d'éducation plus modeste et résident davantage dans des zones où l'offre en chirurgie est faible (*Bouche G. et al. – 2008*). Cette étude montre également que les femmes qui participent activement au choix du chirurgien privilégient la proximité à la réputation du praticien (quel que soit le stade du cancer). Dans l'étude menée par la FNORS et l'INCa sur les délais de prise en charge en 2011, plus de la moitié des femmes étaient accueillies dans un établissement privé à but lucratif pour la première prise en charge, loin devant les CLCC et les CHU (*FNORS – 2011*). En outre, les trajectoires étaient infra-départementales pour 94 % des femmes inclues dans une étude menée en Poitou-Charentes (*Boinot L. et al. – 2007*). Que le choix des femmes soit actif ou passif, il semblerait que la proximité plus que la « qualité » soit associée au traitement du cancer du sein. Ce lien entre l'accès aux centres de soins de référence, la précarité socio-économique et la distance a également été démontrée en France concernant le cancer colorectal (*Jambon C. et al. – 2010 / Blais S. et al. – 2006).* Ainsi la probabilité de se faire soigner dans un centre de référence est 1,3 fois inférieure pour les patients vivant dans des communes où le revenu médian par UC est inférieur à 15 000 euros par an. Il est intéressant de noter que l'importance des inégalités sociales s'accentue dans les trajectoires de recours d'autant plus pour les communes proches des centres spécialisés. A moindre distance du centre, ce sont davantage les déterminants sociaux qui influencent le fait de se faire soigner dans un établissement spécialisé que les déterminants géographiques (*Blais S. et al. – 2006)*.

Cependant, les partenariats privilégiés entre les établissements influencent largement les parcours de soins des patientes. Ces dernières s'orientent effectivement vers les professionnels qui leur ont

été recommandés. Les filières de soins prédéfinies se dessinent ainsi nettement à travers les représentations cartographiques des trajectoires des femmes, modélisées grâce aux bases médico-administratives (*Boinot L. et al. – 2007*).

c) Délais de prise en charge hospitalière

Concernant les délais de traitement une fois qu'a eu lieu l'entrée dans le système de soins, la loi française propose un cadre de référence que les établissements semblent globalement respecter (*FNORS – 2011*). Néanmoins certains facteurs peuvent participer à l'apparition de disparités qui influencent le pronostic du cancer et le confort de la patiente. Selon une récente recherche réalisée à l'échelle de la France, le délai entre chirurgie et radiothérapie ne serait respecté que dans 44 % des cas si la chimiothérapie adjuvante est indiquée. De la même façon, le laps de temps préconisé entre la chimiothérapie et la radiothérapie serait dépassé en moyenne dans 40 % des situations (*Lefeuvre D. et al. – 2014*).

Le délai de diagnostic est défini par le laps de temps qui s'écoule entre le premier acte réalisé (mammographie ou consultation avec un médecin libéral) et la date du compte-rendu anatomopathologique caractérisant le stade pTNM (*Bairati I. et al. – 2007*). Deux facteurs instigateurs de retard dans ce délai sont incriminés par les expertises scientifiques : l'urgence de l'indication du bilan sénologique et l'organisation des procédures de diagnostic (*ibid.*).

Ainsi, les femmes dont la tumeur a été détectée sur signes d'appel, potentiellement plus avancée que les lésions infracliniques, sont moins susceptibles d'attendre pour le bilan préthérapeutique que les femmes diagnostiquées via le DO ou le DI (*Bairati I. et al. – 2007*). De la même façon, l'accès au diagnostic est allongé pour les personnes présentant des cancers in situ par rapport aux tumeurs de taille T3 ou T4 (*FNORS – 2011*). Enfin il a été démontré au Québec que les femmes ayant subi un bilan initial à l'occasion de visites étalées sur au moins 4 jours ont un risque de diagnostic retardé 6,3 fois supérieur aux personnes dont le bilan s'est déroulé sur 2 jours (*Bairati I. et al. – 2007*). L'organisation des procédures de diagnostic pourrait jouer un rôle important sur ce délai, d'autant plus pour les femmes éloignées des structures de soins.

De la même façon que pour le délai de diagnostic, les femmes souffrant des tumeurs les plus évoluées accèdent à la chirurgie en priorité (*FNORS et al. - 2011*). Un effet « âge » a également été retrouvé pour le délai d'accès à la chirurgie au Québec : les femmes âgées de moins de 35 ans enregistraient un temps d'attente médian inférieur de 15 % aux autres femmes, traduisant probablement le plus mauvais pronostic. Le fait d'être opérée plus tôt n'est donc pas synonyme de meilleure survie, bien au contraire. Les cas les plus graves et de plus mauvais pronostic sont traités en priorité (*Mayo N. et al. – 2001*). Enfin, la saturation des services liée à l'augmentation globale de l'incidence du cancer du sein pourrait expliquer le temps d'attente plus long pour accéder à la chirurgie dans certains établissements. Ainsi, l'attente est plus importante si la première prise en

charge a lieu dans un CHU ou un centre hospitalier comparativement aux établissements privés en France (*FNORS – 2011*). Une étude réalisée en Lorraine, à partir du registre des patientes traitées dans un CLCC, a retrouvé une grande variabilité dans le délai d'accès à la chirurgie. Selon les auteurs, ces variations expliqueraient à elles-seules les disparités de la durée globale de prise en charge des patientes ayant un cancer du sein. Les retards seraient essentiellement dus à l'emploi du temps surchargé des chirurgiens et à la réduction du nombre de lits hospitaliers (*Latarche C. et al. – 2004*). Bien que les délais ne soient pas suffisamment importants pour influencer la survie, l'anxiété de la patiente induite par ces retards peut jouer un rôle sur la qualité de sa prise en charge.

Concernant le délai d'accès aux traitements adjuvants, l'impact du retard de la mise en place de la chimiothérapie et de la radiothérapie sur le pronostic est très controversé. Il est cependant prouvé que la programmation rigoureuse des étapes thérapeutiques est fondamentale pour la survie sans rechutes. Les femmes non ménopausées dont la tumeur n'est pas hormonosensible et pour lesquelles une chimiothérapie est mise en œuvre avant 3 semaines enregistrent une survie sans récidives à 5 ans de 62 % versus 57 % pour celles chez qui le traitement a débuté après 21 jours (*Latarche C. et al. – 2004*). De multiples études ont montré qu'un délai supérieur à 12 semaines dans l'initiation de la chimiothérapie aurait un effet délétère sur la survie et la mortalité par cancer du sein (*Lohrisch C. et al. - 2006 / Hershman D. et al. – 2006*). Par ailleurs une méta-analyse effectuée à partir des études internationales sur le délai d'accès à la radiothérapie depuis 1990, a montré qu'initier ce traitement au-delà de 8 semaines après la chirurgie augmente significativement le risque de rechutes locorégionales. De plus, l'attente de la mise en place du traitement adjuvant aurait un impact non négligeable sur la détresse psychologique des patientes (*Huang J. – 2003*). Certaines recherches ne retrouvent cependant pas de corrélation entre survie, mortalité et délai d'initiation du traitement adjuvant ni pour la chimiothérapie (*Sa C. et al. – 2007*), ni pour la radiothérapie (*Benchalal M. et al. - 2005*) et ce, malgré une bonne puissance statistique. Un groupe de recherche s'est intéressé aux déterminants géographiques et psychosociaux dans les retards de traitement par radiothérapie en Aquitaine et en Poitou-Charentes (*Bouche G. et al. – 2010*). Cette étude nous montre que les femmes vivant à plus de 20 kms du centre de radiothérapie le plus proche ont un temps d'attente augmenté entre chirurgie et radiothérapie d'en moyenne 4 à 5 jours. Les patientes qui enregistrent le temps d'attente le plus long sont celles qui ont changé de centre entre les deux séquences de traitement. Entre chirurgie et radiothérapie, le temps d'attente était plus court pour les patientes jeunes, les femmes qui ont reçu une information sur la maladie et celles qui ont reçu la totalité de leur traitement dans le même centre. Les patientes bien informées sur leur pathologie seraient ainsi plus en mesure de s'investir dans le traitement. Cet élément semble effectivement être directement lié à la qualité de la prise en charge. De plus, le fait de changer de centre entre chirurgie et radiothérapie introduit de nouvelles barrières qui ne sont pas équitablement franchissables pour toutes les femmes (*ibid.*). Malgré le fait qu'il existe des limites légales aux délais de prise en charge

en France, on s'aperçoit qu'elles sont fixées à la limite haute. Dans certains cas, le fait d'être traitée particulièrement tôt peut avoir des répercussions sur la survie sans rechutes. De plus, l'attente est synonyme d'anxiété et de détresse psychologique pour les femmes qui y sont contraintes.

4) Accès à la reconstruction mammaire

Si l'on en croit la littérature internationale, il semblerait qu'il existe de fortes inégalités dans l'accès à la reconstruction mammaire. Par ailleurs, les associations de lutte contre le cancer du sein et d'accompagnement des malades soulignent régulièrement les difficultés d'accès à la chirurgie réparatrice après une mastectomie. En France, le taux de reconstruction mammaire est effectivement estimé à environ 40 % après une mastectomie totale, ce qui est relativement faible (*Europa Donna – 2011*). Une récente revue de littérature retrouve une très grande variabilité des taux de reconstruction en fonction des pays et des lieux de soins. Ainsi, les 10 études statistiquement les plus puissantes ont rapporté des chiffres allant de 4 à 30 % (*Brennan M. et al. – 2013*). Les facteurs incriminés dans ces disparités sont multiples. En premier lieu, certains facteurs liés aux caractéristiques de la tumeur et de la patiente jouent un rôle prépondérant. En effet, le fait de présenter une tumeur de petite taille et de ne pas subir de traitement adjuvant après la chirurgie permet une reconstruction immédiate ce qui facilite sa réalisation. Quand la radiothérapie adjuvante est indiquée, une période de 1 an est nécessaire avant la reconstruction (*Référentiel Remagus – 2011*). Ce phénomène entraine une véritable barrière pour accéder à l'oncoplastie de façon différée, d'autant plus pour les femmes âgées (*Morrow M. et al. -2001*) Certains déterminants psychosociaux, notamment la peur des complications, le manque d'informations ou encore l'importance de l'image corporelle et de la sexualité, varient en fonction des femmes et induisent une plus ou moins forte appropriation de la reconstruction mammaire (*Brennan M. et al. – 2013*).

D'autres déterminants liés au chirurgien et au lieu de prise en charge sont incriminés dans la production de ces disparités. Tout d'abord, le fait d'être jeune et d'avoir de plus hauts revenus favoriserait le fait que le chirurgien soit enclin à proposer la reconstruction mammaire. Certaines croyances, encore en vogue dans les pratiques médicales, dissuaderaient les spécialistes de proposer l'oncoplastie aux femmes dont l'âge est avancé. Ainsi d'après une étude américaine, les patientes âgées de 50 ans ou moins auraient 4,3 fois plus de chance de se voir proposer une reconstruction mammaire que leurs homologues plus âgées. De la même façon, les femmes issues de ménages dont le revenu familial est supérieur à 40 000 dollars par an auraient deux fois plus de chance d'accéder à la reconstruction mammaire (*Morrow M. et al. – 2001*). Etre traitée dans un CHU, un CLCC ou un établissement privé dans lequel il existe un département de chirurgie plastique favoriserait également l'accès à ces techniques (*Brennan M. et al. – 2013*). Enfin, présenter des facteurs de comorbidité (obésité, diabète) est corrélé significativement à un moindre accès à la reconstruction mammaire.

5) Disparités de survie et mortalité

La littérature internationale abonde sur les inégalités de survie et de mortalité par cancer du sein. Avec les inégalités d'accès au dépistage, ce sont les indicateurs qui semblent avoir été le plus étudiés. Dans un premier temps, nous allons définir ce que signifient ces deux termes d'un point de vue épidémiologique, pour présenter ensuite les principaux travaux réalisés dans ce domaine.

a) Définition des notions

La mesure de la survie permet d'apprécier les progrès réalisés dans la prise en charge des patients. Par ce biais, il est possible d'évaluer l'amélioration des dispositifs de prévention et de dépistage, la qualité des stratégies thérapeutiques ainsi que le suivi des personnes. Ainsi les taux de mortalité par cancer, au fur et à mesure du parcours du patient, sont mesurables (*Grosclaude P. et al. – 2013*). Différents types de survie peuvent être mesurés :

- la survie globale, ou brute, est le temps de survie dont dispose un patient après le traitement d'une pathologie, toutes causes confondues. Dans le cas du cancer, la personne est comptabilisée parmi les « survivants » jusqu'à son décès, même si celui est lié à une pathologie associée.
- La survie spécifique correspond à la survie propre à une pathologie, une fois censurées les autres causes de décès. Nous parlons ainsi de survie spécifique à 5 ans ou à 10 ans pour le cancer du sein.
- La survie nette, nouvel indicateur créé en France par une équipe d'experts (*Grosclaude P. et al. – 2013*), permet de mesurer également la survie propre à une maladie (dans notre cas le cancer). Mais cette estimation est réalisée à partir de la mortalité attendue (en l'absence du cancer) et de la mortalité en excès (attribuable au cancer). Concernant le cancer du sein, elle est globalement bonne puisqu'elle s'élève à 86 % à 10 ans pour les cancers diagnostiqués entre 1989 et 2004 (*INCa – 2014*).
- La survie sans récidives correspond au temps de vie de la personne sans rechute, suite à une guérison ou à une rémission. Cet indicateur est particulièrement intéressant pour le cancer du sein car étant donné que la survie nette est élevée, il permet de mesurer des inégalités au fil des étapes de la trajectoire. Les rechutes locorégionales, l'apparition de métastases peuvent ainsi être comptabilisées.
- La survie attendue, ou relative, est un indicateur « fictif » qui permet d'estimer la survie à partir des données de mortalité de la population considérée.

De la même façon, la mortalité globale correspond aux nombres de décès toutes causes confondues sur la population générale. La mortalité spécifique représente l'effectif de décès lié à une pathologie, comparativement au nombre de cas diagnostiqués. On parle ainsi de mortalité spécifique

par cancer du sein lorsqu'on évoque le taux de 15,7 décès pour 100 000 femmes en 2012 (*INCa – 2013*). Ces données de survie et de mortalité ne sont interprétables qu'à la lumière les unes des autres, ainsi qu'au regard des données d'incidence. En effet, les causes imputables à l'amélioration de la survie peuvent être liées à plusieurs éléments comme la diminution de la mortalité en elle-même ou l'amélioration des traitements. Nous pouvons citer l'exemple du cancer colorectal de pronostic intermédiaire pour lequel une amélioration de la survie à 5 ans a été enregistrée ces dernières années (*Grosclaude P. et al. – 2013*). Les patients atteignent désormais le stade des 5 années de survie sans que la mortalité ne décline pour autant. Les taux de mortalité à 5 ans ont donc augmenté, ne traduisant pas une diminution de la survie mais un progrès thérapeutique.

b) Déterminants des inégalités de survie et de mortalité

L'aboutissement de la trajectoire des patientes malades du cancer se traduit soit par un décès soit par une rémission. L'analyse des indicateurs de survie et de mortalité à travers le temps et les espaces ont permis d'identifier les déterminants intervenant dans les disparités d'issue de la pathologie. Nous retrouvons ici l'accumulation de l'effet des facteurs déclinés dans les précédentes sous-parties.

Ainsi le retard de diagnostic est incriminé par la majorité des études qui se sont penchées sur les inégalités de survie et de mortalité. La précarité socio-économique aurait donc un impact, via le stade avancé de la maladie au moment de sa découverte, sur la survie et la mortalité (*Woods L.M. et al. – 2006 / Rutqvist L.E. et al. - 2006*). Les indicateurs couramment utilisés pour qualifier cette défavorisation sociale sont le revenu médian par UC, la catégorie socio-professionnelle et le niveau d'éducation (ibid. / *Stavraki K. et al. – 1996*). Le rôle imputable à ce dernier est toutefois délicat. Le gradient de mortalité par cancer du sein est historiquement plus important parmi les femmes dont le niveau d'éducation est élevé (*Strand B. et al. – 2007 / Rutqvist L.E. et al. - 2006*). Nous avons déjà expliqué que l'incidence était effectivement plus importante parmi ces dernière jusqu'à une époque récente. Mais en France la mortalité par cancer du sein, à l'instar de l'incidence, est plus importante chez les femmes des classes populaires depuis les années 1990 (*Menvielle G. et al. – 2006*).

Les inégalités de survie et de mortalité par cancer du sein en fonction de l'origine ethnique sont très documentées aux Etats-Unis (*Simon M.S. et al. – 1997 / Wu A.H. et al. – 2013 / Bradley C. et al. – 2001*). Les femmes issues des minorités sont plus touchées par la précarité et les retards de diagnostic ce qui influence directement le pronostic du cancer du sein. Enfin, comme nous avons pu l'évoquer dans le première partie de ce travail, les inégalités spatiales de mortalité par cancer du sein sont aujourd'hui bien identifiées en France et à l'étranger. Les disparités d'accessibilité physique au dépistage, aux traitements et le retard de diagnostic participeraient à la production de ces contrastes. Le stade du cancer et le faible niveau socio-économique propre à certains espaces

expliqueraient effectivement la plupart des inégalités spatiales de survie du cancer du sein (*Cramb S. et al. – 2012*).

Cependant, le stade de la maladie n'expliquerait que 28 % des disparités de survie pour cette pathologie (*Woods L.M. et al. – 2006*). Certains facteurs que nous n'avons pas encore cités interviendraient dans la production de ces disparités. Les femmes issues des classes défavorisées présenteraient des tumeurs de plus mauvais pronostic, indépendamment du stade du diagnostic. Une étude écossaise a retrouvé une différence significative en termes de récepteurs aux oestrogènes entre les femmes aisées et les plus socio-économiquement démunies. 65 % des femmes aisées présenteraient une tumeur ER positive versus 48 % chez les patientes plus pauvres avant 65 ans (*Thomson C. et al. – 2001*). Or on sait que les carcinomes hormonodépendants sont de bien meilleur pronostic que les tumeurs dont le statut hormonal est négatif (*Allemani C. – 2004*). Les femmes afro-américaines aux Etats-Unis présentent également des tumeurs plus agressives comparativement aux femmes latino-américaines et caucasiennes (*Wu A.H. – 2013*). Mais d'autres causes comme la comorbidité ou l'alimentation peuvent également jouer un rôle sur les différences de survie entre classes sociales et ethnies différentes (*Woods L.M. et al. - 2006* / *Thomson C. et al. – 2001*).

Enfin, certains facteurs individuels et psychosociaux conduisent à ces inégalités de pronostic. Le soutien social serait synonyme de meilleure survie puisqu'il il permet un dépistage précoce, un traitement assidu et un suivi plus régulier. Les femmes mariées auraient une durée de vie plus longue que les célibataires. En outre, les femmes aisées seraient davantage informées sur leur pathologie, s'investiraient plus dans le traitement ce qui aurait un effet bénéfique sur la survie (*Woods L.M. et al. – 2006*).

A travers les causes invoquées pour expliquer les inégalités de survie et de mortalité, nous retrouvons globalement les facteurs incriminés à chaque étape du continuum du cancer du sein. Le niveau de revenu et d'éducation, la catégorie socio-professionnelle, l'origine ethnique, l'environnement social et spatial, les déterminants individuels et psychosociaux ainsi que les caractéristiques de la tumeur se combinent et s'accumulent tout au long de la trajectoire pour aboutir in fine, à des disparités sociales et spatiales de pronostic du cancer du sein. Hormis dans le cas des cancers du sein chez les femmes jeunes, nous n'avons pas développé à chaque fois le rôle de l'âge sur ces disparités. Mais étant donné qu'incidence et mortalité par cancer du sein augmentent avec l'âge, il va de soi que toutes les recherches citées ont intégré ce facteur de confusion aux modèles statistiques utilisés. L'effet de ce facteur était presque systématiquement influant sur les variables testées.

6) Et après le cancer ?

Les disparités sociales et spatiales suite à un cancer du sein ont été peu étudiées en France jusqu'en 2004. La recherche s'est développée sous l'impulsion du premier « Plan Cancer » en 2003, et s'est notamment penchée sur les conséquences sociales et professionnelles du cancer sur la vie des « survivants ». La Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES) a ainsi réalisé une enquête auprès de plus de 4000 bénéficiaires du statut ALD (Affection de Longue Durée) (*DREES – 2008*). Les femmes ayant souffert d'un cancer du sein rencontreraient plusieurs difficultés qui concernent essentiellement les séquelles des traitements, la vie sociale et le retour à l'emploi.

Suite au traitement d'un cancer du sein, les séquelles peuvent être multiples et s'exprimer de manière plus ou moins importante en fonction des femmes. Une fatigue notable peut perdurer pendant plusieurs mois, d'autant plus dans le cas d'une chimiothérapie. La douleur aigüe peut se chroniciser sans qu'elle ne soit diagnostiquée. Les bouffées de chaleur et les douleurs articulaires liées à l'hormonothérapie sont susceptibles de se développer de façon handicapante. Certains troubles cognitifs peuvent se manifester également après la fin des traitements. Enfin l'éventuel curage axillaire donne parfois lieu à l'apparition d'un lymphœdème (« gros bras ») qui peut n'apparaitre que des années après l'acte chirurgical (*Asselain D. et al. – 2011*).

Les effets secondaires des traitements sont souvent diagnostiqués par le biais du médecin traitant ou du spécialiste responsable du suivi. Une étude réalisée aux Etats-Unis a récemment montré que les femmes issues des catégories sociales défavorisées et dont le niveau de support social est faible, ont une probabilité plus grande qu'un lymphœdème ne soit pas diagnostiqué. Au-delà de la détresse émotionnelle et de la détérioration de la qualité de vie, le risque de complications médicales est avéré dans le cas où l'œdème devient trop important. Si ce dernier est malgré tout diagnostiqué, cette même étude montre que les femmes afro-américaines ont plus de risque de ne pas recevoir le traitement adéquat (*Sayko O. et al. – 2013*). Ces situations doivent certainement s'observer dans la prise en charge des douleurs chroniques ou des effets secondaires de l'hormonothérapie, du fait d'un moindre suivi médical.

Le retour à l'emploi des femmes ayant eu un cancer du sein a fait l'objet de plusieurs recherches en France et à l'étranger. Le travail est considéré comme le symbole de la rémission et de la « normalisation » c'est pourquoi il a été démontré que la réintégration professionnelle a un impact positif sur la qualité de vie des femmes après un cancer du sein (*Nilsson M. et al. – 2011*). Plusieurs études menées aux Etats-Unis ont retrouvé des difficultés de retour à l'emploi en fonction du type de poste occupé par les minorités ethniques (*Blinder V.S. et al. – 2012*). De plus, la fatigue serait un facteur avéré de limitation de l'activité selon une recherche américaine réalisée en 2008. Une autre étude a mis en évidence que la persistance des bouffées de chaleur liées à l'hormonothérapie,

associée à la fatigue physique, contribuent à limiter la productivité *(Asselain D. et al. – 2011)*. Les femmes mariées et dont le revenu est plus élevé seraient davantage protégées contre ce phénomène. Enfin, un temps de transport court jusqu'au lieu de travail apparait comme un facteur facilitant la réadaptation professionnelle (*ibid.)*.

L'enquête réalisée par la DREES a également démontré que les femmes ayant reçu une chimiothérapie enregistrent des délais de retour à l'emploi plus longs. En effet, environ 90% des femmes ayant été traitées par chimiothérapie sont arrêtées plus de 6 mois versus 30 % pour celles qui n'en ont pas reçue. Ce traitement est donc significativement associé à une reprise tardive (*DREES – 2008*). Or il est fréquemment indiqué dans le cas des cancers particulièrement avancés, notamment ceux qui ont été diagnostiqués tardivement.

Enfin, il est aujourd'hui avéré que le cancer entraine une diminution des ressources de la patiente et de sa famille. En effet, les crédits bancaires deviennent difficilement accessibles, les « restes-à charges » pour les perruques et les éventuelles prothèses mammaires représentent un coût important. Les obstacles sont plus marqués pour les catégories sociales défavorisées, dont le statut de l'emploi induit une moins bonne protection sociale et dont les revenus étaient initialement plus faibles (*DREES – 2008*).

En définitive en France, la recherche au sujet des inégalités vis-à-vis du cancer du sein s'est essentiellement développée depuis la mise en place du « Plan Cancer » en 2003. En ce qui concerne la prévention des facteurs de risque, les travaux sont relativement nombreux même s'ils n'intéressent pas directement notre sujet. Les recherches réalisées sur les inégalités sociales et spatiales d'incidence, de survie et de mortalité par cancer du sein se sont développées à partir des années 2000, essentiellement grâce à des équipes de l'INSERM, de l'INCa et de ses partenaires (INVs, Service de biostatistiques des HCL, Université Paris X – Nanterre). A partir de la même époque, l'observatoire régional de la santé d'Ile-de-France s'est intéressé à la distribution spatiale de la mortalité par cancer du sein à l'échelle des cantons franciliens. Aucune de ces études ne s'est cependant intéressées à ces disparités en dessous de l'échelle des zones d'emploi.

Nous avons vu que de nombreux travaux au sujet des inégalités d'accès au dépistage ont été réalisés, tant du point de vue sociologique que géographique et ce, à toutes les échelles. Le lien entre retard de diagnostic et déterminants socio-économiques a récemment été investigué par une équipe de recherche de l'Institut Curie, à partir de la population consultante de l'établissement (*Berger F. et al. – 2012)*. L'effet du milieu sur le diagnostic tardif, à travers le revenu médian par UC de la commune de résidence, a ainsi pu être intégré dans l'analyse.

Le choix des lieux de recours par les patientes souffrant d'un cancer du sein a été davantage documenté en France, d'autant plus depuis la loi HPST. L'objectif d'efficience et d'optimisation du système de soins a motivé plusieurs institutions à se pencher sur les parcours de soins des

patients. Deux études se sont intéressées aux déterminants sociogéographiques de la prise en charge des cancers colorectaux dans le Calvados (*Jambon C. et al. – 2010 / Blais S. et al. – 2006)*. Ces travaux ont pu analyser les recours en fonction du lieu de résidence des individus puisque le département dispose d'un registre exhaustif recensant l'incidence des cancers. En ce qui concerne le cancer du sein, deux recherches ont été menées dans les régions Aquitaine et Poitou-Charentes pour caractériser d'une part les facteurs influençant les recours dans les centres de référence (à partir de données individuelles issues de la cohorte « REPERES ») et d'autre part, pour identifier les caractéristiques des trajectoires de soins hospitaliers (à partir des données du programme de médicalisation des systèmes d'information (PMSI)) (*Bouche G. – 2008 / Boinot L. et al. – 2007*). Trois études récentes, dont le contenu n'a pas encore été publié, se sont intéressées aux trajectoires et filières de soins hospitaliers de patientes atteintes d'un cancer du sein (*Lefeuvre D. et al. – 20114 / Pariente P. et al. – 2014 / Nuemi G. et al. – 2014*). L'objectif de ces recherches, menées à partir des bases PMSI des établissements, semble être d'améliorer la performance du système de soins et d'évaluer l'application des recommandations de bonnes pratiques. Les facteurs sociaux et géographiques du choix des filières de soins par les femmes ne semblent pas y être interrogés. Enfin à ma connaissance, aucun travail n'a été entrepris au sujet des inégalités d'accès à la reconstruction mammaire en France à l'heure d'aujourd'hui. Toutefois, cette revue de littérature ne prétend pas être exhaustive.

A la lumière de ces éléments, nous pouvons soumettre de nouvelles pistes de recherche concernant les disparités de survenue, de prise en charge et de pronostic du cancer du sein. Nous proposons en premier lieu d'analyser l'incidence et la mortalité par cancer du sein à l'échelle des communes des Hauts-de-Seine. En effet, ce département affiche les plus fortes inégalités sociales du pays après Paris. Ces dernières ont par ailleurs tendance à se creuser « par le haut » depuis 2004, signifiant que les plus riches s'enrichissent davantage tandis que la pauvreté reste globalement stable (*INSEE - 2008*). C'est pourquoi nous pourrions supposer que les inégalités d'incidence et de mortalité sont devenues significativement plus importantes au sein du département ? Les communes les plus favorisées sont-elles celles où le cancer du sein est plus diagnostiqué ? Ou le gradient s'est-il inversé pour toucher davantage les femmes résidant dans les communes socio-économiquement modestes ? De plus, les villes où il est le plus incident sont-elles celles où les femmes en meurent le plus ?

Notre recherche propose d'interroger l'effet de l'accumulation des déterminants que nous avons énumérés sur les trajectoires de vie des femmes, potentiellement générateurs d'inégalités de survie par cancer du sein. Nous allons questionner l'articulation entre ces étapes du parcours et sur la manière dont le territoire, au sens où nous l'avons défini plus haut, modèle les formes de ces itinéraires. Quels sont les processus sociaux et territoriaux à l'origine d'une issue spatialement

contrastée du cancer du sein dans les Hauts-de-Seine ? Qu'en est-il de l'accès aux soins primaires et secondaires en fonction du lieu de vie des femmes, au sein du département et de la ville elle-même ? Quel impact de l'accessibilité au dépistage sur le retard de diagnostic et le pronostic ? Mais davantage que des inégalités de « quantité de vie », nous allons certainement nous confronter à des disparités de « qualité de vie » (*Leclerc A. et al. – 2000*). Quel rôle du soutien social dans les pratiques de prévention et de santé des femmes issues des quartiers socio-spatialement ségrégés ? Quel impact des normes locales de santé et des représentations du cancer du sein sur les recours aux soins et, plus globalement, sur le « bien-être » des femmes malades ? Quel rôle de l'institution de soins dans le choix des filières de prise en charge, les délais d'attente, l'accès à la reconstruction mammaire ? Enfin quel bénéfice de la bonne coordination du réseau sur la communication entre les acteurs et la cohérence de la prise en charge pendant et après le cancer ?

Nous allons maintenant dérouler le fil conducteur de notre problématique, dont le postulat est qu'il existe des agencements spatiaux particuliers de ces déterminants dans les Hauts-de-Seine : les constructions des trajectoires de santé des femmes sont le fruit d'une accumulation de causalités tout au long de leur parcours ; et ces processus diachroniques prennent racine au sein de territoires sociaux très spécifiques.

PARTIE B :

Les constructions sociales et territoriales du cancer du sein

Exposé d'une problématique

I. Normes et santé, cancer et société

Nous avons usé de l'expression de « maladie de civilisation » pour caractériser le poids épidémiologique du cancer dans nos sociétés industrielles. Or cette pathologie apparaît comme un mal qui sévit depuis les origines de notre ère et dont les symptômes sont décrits depuis l'Antiquité. Pourquoi est-il aujourd'hui considéré comme le « fléau des temps modernes » ? (*Pinell P. – 1992*)

Cette partie de notre exposé est développée à la suite des quelques entretiens menés auprès des professionnels de santé. En effet, plusieurs d'entre eux ont fait état d'un sentiment d'inadéquation entre les besoins exprimés par les femmes et ceux supposés comme étant éminents par les équipes soignantes. Ce paragraphe a pour objectif d'offrir des pistes de réflexion pour mettre en perspective les hypothèses que nous allons formuler. Il semble effectivement nécessaire de tenir compte de la dimension psychosociale du cancer du sein pour en comprendre les enjeux à l'échelle de l'individu et de son entourage. Et quand bien même nous ne travaillerons au départ que sur un matériel statistique et des données relatives au système de soins, il est intéressant d'entendre les dynamiques que ces indicateurs sous-tendent. Cependant au cours de notre future recherche, nous n'approfondirons pas dans cette direction d'un point de vue purement sociologique puisqu'elle ne constitue pas l'objet de notre approche.

1) Le cancer ou la construction d'un « fait psychosocial »

Les représentations sociales de la santé et de la maladie ne sont pas le simple produit de conceptions individuelles des membres d'une communauté. Selon Claudine Herzlich, elles constituent un ensemble de valeurs et de pratiques qui ont vocation à instaurer un ordre et un langage commun entre les acteurs sociaux. Elles sont le fruit de processus élaborés collectivement au fil de la continuelle « conversation », à travers le temps et les espaces, de l'Homme et de la société (*Herzlich C. – 1969*). Comment se construisent ces modèles socio-culturels de la santé et de la maladie, et en quoi ces « faits sociaux » s'élaborent-ils psychiquement dans l'esprit des individus ? Dans nos sociétés occidentales, la maladie est considérée comme une entité exogène à l'organisme. Elle ne surgirait qu'à l'occasion d'agressions par des agents extérieurs tandis que le corps serait naturellement sain. Le mode de vie urbain (pollution, stress omniprésent etc.), l'alimentation industrielle (plus grasse, plus salée), le métier exercé par l'individu sont envisagés comme responsables de la survenue de la maladie. Selon ces représentations, la contrainte sociale serait ainsi à l'origine de l'émergence de la pathologie. La psychosociologie médicale postule cependant que la maladie présente une certaine utilité sociale. D'une part, elle suggère que l'individu y trouve inconsciemment une échappatoire, un moyen de fuir un cadre trop contraignant. Ce dernier se réfugierait dans le statut de malade, symbolisé socialement par l'inactivité professionnelle, pour s'extraire d'un milieu qu'il ne parvient pas à maitriser. D'autre part, le malade interprèterait le rôle

du « déviant » que la société doit soigner pour maintenir la norme. Il incarnerait l'objet contre lequel il est nécessaire de se battre pour garantir l'équilibre social (*Herzlich C. – 1969*).

Les représentations sociales contemporaines du cancer sont globalement similaires à ce qu'elles étaient autrefois (*Pinell P. – 1992 / Darmon P. – 1993*). L'image de la « bête répugnante » qui donne lieu à de terribles souffrances a transcendé les époques pour se fondre durablement dans l'inconscient collectif. Il s'apparente à un crabe dont les pattes encerclent sa proie pour ne la lâcher qu'à la fin du combat. La capacité de la créature « de donner le spectacle de la repullulation des parties qu'on lui arrache » lui a définitivement attribué le nom du crustacé (*Darmon P. – 1993)*. Les premières monographies médicales et descriptions populaires du tableau du cancer ont participé à véhiculer une image d'épouvante, associant les plaies putrides aux odeurs nauséabondes à une mort douloureuse et peu enviable. La « peur » et l'effroi que suscite le cancer, dont témoignent encore les récentes études réalisées sur ses représentations sociales, sont ainsi très anciennes (*Darmon P. – 1993)*. Jusqu'à l'aube du XXe siècle, le cancer était considéré comme un mal incurable qui affectait principalement les femmes. En effet, la médecine est longtemps restée impuissante face à cette menace du fait du mystère au sujet de son origine. Mais contrairement à la tuberculose, la science s'est rapidement aperçue que le cancer n'était pas contagieux c'est pourquoi l'unique problème médico-social qu'il était susceptible de poser était la gestion des « incurables chroniques ». Il n'a donc pas fait l'objet de politiques publiques avant une époque récente. Certaines associations de chrétiennes charitables ont ainsi hérité de la tâche d'accompagner les « cancéreux » pendant leur longue agonie (*ibid.*). De plus, avant que la médecine ne soit en mesure de proposer des techniques diagnostiques élaborées, les localisations anatomiques qui donnaient lieu à ces tableaux cliniques bruyants concernaient essentiellement les organes externes et génitaux de la femme. Le cancer a donc été considéré comme une maladie essentiellement féminine jusqu'au XXe siècle, du fait de la visibilité des cancers du sein et de l'utérus (*Löwy I. – 2013*). Avant l'avènement de la médecine moderne, une multitude de croyances mystiques et moralisatrices se sont succédées pour expliquer ce phénomène. Les femmes pauvres, « mères et pécheresses » dont la vie amorale et dévergondée les soumettaient au vice, auraient été les plus sujettes aux cancers gynécologiques (*ibid*).

L'apparition des premiers traitements contre le cancer (chirurgie et radiothérapie) associée à la découverte des mécanismes de la carcinogénèse ont constitué un véritable virage dans l'histoire française de la maladie et des représentations sociales qui y sont associées (*Pinell P. – 1992*). Les premières réponses thérapeutiques ont permis de rendre public ce fléau social en germe, puisque que la science était dorénavant en mesure de l'endiguer. Parallèlement, l'Etat a pris conscience de la menace que pouvait représenter le cancer à l'occasion de la première guerre mondiale. Suite à la perte massive de population qu'elle a entrainée, la nécessité de conserver une once de croissance démographique était effectivement impérieuse. C'est ainsi que le cancer est devenu la « maladie des

temps modernes », l'ennemi public numéro un (*Pinell P. – 1992*). Néanmoins, l'appel à la mobilisation n'a pas émané du gouvernement de l'époque mais de la société civile. Les premières personnes à s'être engagées dans le lutte contre le cancer ont été des médecins et philanthropes de l'élite intellectuelle. La Ligue nationale contre le cancer est née en 1918, du regroupement de militants mobilisés contre cette maladie qui ne pouvait être contrôlée via les moyens usuels d'hygiène sociale. Dans un contexte belligérant, le cancer est devenu la métaphore de l'ennemi sournois qui rampe à bas bruit pour sévir par surprise. Au fil du temps et de la modernisation des sociétés, cette allégorie de la « gangrène sociale » est devenue le symbole des maux que la société ne parvient pas à maitriser. Les angoisses collectives liées à la menace de l'anarchie, du chômage, des crises successives se sont cristallisées autour de l'objet « cancer », contre lequel il est maintenant possible de lutter.

2) La médecine au cœur du pouvoir

Les centres de lutte contre le cancer se sont développés à partir de l'entre-deux guerre pour répondre aux besoins de soins croissants. La littérature qui porte sur l'histoire de la lutte contre le cancer évoque de véritables « usines à guérir » qui s'attèlent à traiter « en masse » les patients potentiellement soignables (*Pinell P. – 1992*). Car la médecine curative possède bien les armes pour contrôler le fléau, mais à certaines conditions. Le malade doit se présenter suffisamment tôt auprès de l'institution, sans quoi elle est incapable de le sauver. Or en dépit des progrès thérapeutiques, les patients n'ont recours que dans une faible part des cas aux établissements de soins. La peur de l'inéluctable mort associée au cancer est encore très solidement ancrée dans les esprits. Commence dès lors un important travail de propagande initié par la Ligue et la Commission de propagande de l'Office national d'hygiène.

Image n° 1 : Affiche de propagande diffusée par la Ligue contre le cancer en 1930

Source : Pinell P. - 1992

Les symboles de lutte, de combat à mort contre le cancer sont les messages diffusés pour inciter la population à surveiller ses symptômes. Et le défi n'est pas des moindres ! Il s'agit plus ou moins de convertir les individus à des nouvelles pratiques de santé qui ne sont pas acquises. Il est ainsi préconisé de changer son rapport au corps, de guetter la survenue de signes précoces qui

peuvent sembler anodins. Après la seconde Guerre Mondiale, il est recommandé aux femmes de pratiquer un auto-examen des seins une fois par mois (*Löwy I. – 2013*). Les formules injonctives des messages de prévention suggèrent qu'en cas de non-observance des bonnes pratiques, la personne est coupable de l'apparition de la maladie : « le cancer avancé du sein est une maladie que l'on s'inflige à soi-même » (*ibid.*). A l'heure d'aujourd'hui, le dépistage par mammographie est généralisé à l'ensemble des femmes françaises âgées de 50 à 74 ans. La communication réalisée au sujet de l'examen est moins directive. Mais d'après Iiana Löwy elle n'est pas fondamentalement différente de celle que nous avons décrite, au temps précédent la « libération des femmes » (*Löwy I. – 2013)*.

3) Etre social, féminité et cancer du sein

L'annonce d'un cancer du sein représente un traumatisme majeur dans la vie d'une femme. Les images de mort et de souffrance qui lui sont invariablement associées, quand bien même il est souvent de bon pronostic, imposent à la conscience l'angoisse d'une fin tragique (*Hamon-Valanchon H. – 2009*). Pour reprendre les mots de Monique Sevellec, psychosociologue et responsable de la Maison des patients de l'Institut Curie – René Huguenin à Saint Cloud, « c'est l'irruption de la mort dans la vie » qui donne lieu à l'ébranlement et à la sidération (*entretien du 7/05/14*). La femme chez qui un cancer du sein est diagnostiqué bascule brutalement dans la maladie, dans le champ de l'angoisse et de l'incertitude. L'être social dont le temps était rythmé par la quotidienneté se confronte à l'effondrement de son cadre rassurant. Le corps est coupable d'avoir cédé le contrôle à une tumeur qui ne lui appartient pas. Le sein, symbole de la féminité et de la mère donnant la vie, est envahi par « des cellules de mort » (*Hamon-Valanchon H. – 2009*). Ainsi les fondements archaïques, les failles refoulées de la personnalité peuvent refaire surface à l'occasion de la chute de l'être social et s'expriment à travers une véritable crise identitaire (*Lambrichs L. – 1998*) : « du jour au lendemain, on passe du statut d'être normal à celui de cancéreux. [...] Je suis propulsée dans la catégorie inapte. Tout fout le camp, la santé, le boulot, les copains, le regard des autres...ça c'est de l'injustice » (*Boiron C. – 2010*). Quel sens apporté à ce chaos ? Comment le rationnaliser et l'exprimer en mots ? Vient alors le besoin impérieux d'élaborer l'expérience du cancer, de le rendre intelligible (*entretien du 7/05/14)*. Hélène Hamon-Valanchon, au cours de sa recherche de thèse, a mis en évidence certaines représentations partagées par les femmes lors des premières étapes de la maladie (*Hamon-Valanchon H. – 2009)*. Au départ, elles intègreraient souvent le rôle du héros qui combat courageusement le cancer, à l'instar de l'image collectivement partagée du « bon malade ». Elles se plieraient volontiers à la chirurgie qui permet d'extraire rapidement la tumeur, de neutraliser temporairement le danger. A cette phase, les représentations « guerrières » du cancer dont nous avons précédemment parlé se retrouvent autant du côté de l'équipe soignante que des patientes. Mais l'entrée véritable dans la pathologie chronique intervient lors de l'initiation du traitement adjuvant (*Hamon-Valanchon H. – 2009)*. La chimiothérapie signifie la chute des cheveux, des cils et

des sourcils, l'amaigrissement et la transformation du visage. Le traitement entraine des effets secondaires importants comme des douleurs, des vomissements et une fatigue pénible. L'Autre prend conscience de la maladie qui métamorphose le corps, qui annihile petit à petit les attributs de la féminité (*Boiron C. – 2010*). Les liens sociaux se transforment, le couple s'essouffle parfois face aux épreuves qu'il endure : « lorsque la maladie devient chronique [...] alors les difficultés surgissent. Parce que plus cela dure, et plus on risque de rencontrer les limites de ce que chacun peut supporter. Dans ces cas-là, la maladie est souvent un facteur de séparation » (*Lambrichs L. - 1998*).

Les femmes touchées par un cancer seraient moins enclines que les hommes à s'attacher à l'image du guerrier dans la durée. Elles exprimeraient davantage le besoin de donner du sens à la maladie, de comprendre ce qu'elle vient signifier. Le cancer pourrait être un moyen d'accéder à sa véritable identité, à l'être rêvé dont chacun est en quête (*entretien du 07/05/14 / Boiron C. - 2010*). Or la temporalité du monde hospitalier ne permet pas aux femmes de réaliser ce cheminement. Ni la chirurgie ni la chimiothérapie ne peuvent répondre à la crise identitaire qu'elles traversent. Ces dernières exprimeraient cependant un besoin de temps, d'échange et d'écoute nécessaire à l'intégration de la maladie dans leur trajectoire de vie. L'objectif ne serait pas systématiquement de guérir pour redevenir « comme avant », mais de renaitre pour « vivre avec » l'expérience de la maladie (*Hamon-Valanchon H. – 2009)*. Les nombreux témoignages de femmes ayant souffert d'un cancer du sein, retranscrits dans le « livre blanc » des premiers états généraux des malades du cancer, vont dans le sens de cet exposé (*Ligue Nationale contre le cancer – 1999*). Mais l'hôpital est avant tout le lieu de la prise en charge curative, dont l'objectif est de lutter contre le cancer. Il ne peut pas assurer pleinement cette mission d'accompagnement : « les spécialistes ne peuvent pas être les meilleurs scientifiquement ET humainement » (*entretien avec Dr Boiron – responsable de l'unité fonctionnelle des soins de supports en oncologie – CLCC Curie / Huguenin – 15/05/2014*). C'est pourquoi certains individus ont souhaité répondre à ce besoin exprimé par les personnes soignées. Nous pouvons citer l'exemple de la Maison des Patients de l'Institut Curie - René Huguenin, créée en 2006 à la suite de « l'école des patients » organisée par la Ligue contre le cancer des Hauts-de-Seine. Ou encore le « Centre Pierre Cazenave » géré par l'association « Psychisme et cancer », né en 1998 à Paris suite à la rencontre entre des psychanalystes spécialisés dans l'accompagnement des malades du cancer.

Comment les femmes parviennent-elles à composer avec l'organisation hospitalière pour orienter leur trajectoire à leur rythme ? Quelles sont les interactions entre les représentations de l'équipe soignante et celles des femmes qui pourraient influencer le vécu de la maladie et le parcours de soins ? Ces normes collectivement assimilées sont-elles par ailleurs différentes en fonction des lieux de prise en charge ? Quelles représentations du cancer du sein les femmes partagent-elles en fonction de leur environnement social, familial et culturel ? Hélène Hamon-Valanchon insiste sur la dimension personnelle des récits des malades, qui dépendent de leurs capacités individuelles

de résilience (*Hamon-Valanchon H. – 2009)*. Mais pourrions-nous observer certaines représentations localement partagées par une communauté de pairs, parmi le panorama contrasté des territoires alto-séquanais ? Enfin, quels espaces de parole et de soutien trouvent-elles à proximité de leur lieu de vie ?

Nous allons maintenant décrire l'identité du territoire qui constitue le support de cette recherche. Les trajectoires des femmes souffrant d'un cancer du sein pourraient-elles être façonnées par les identités multiples du département des Hauts-de-Seine ?

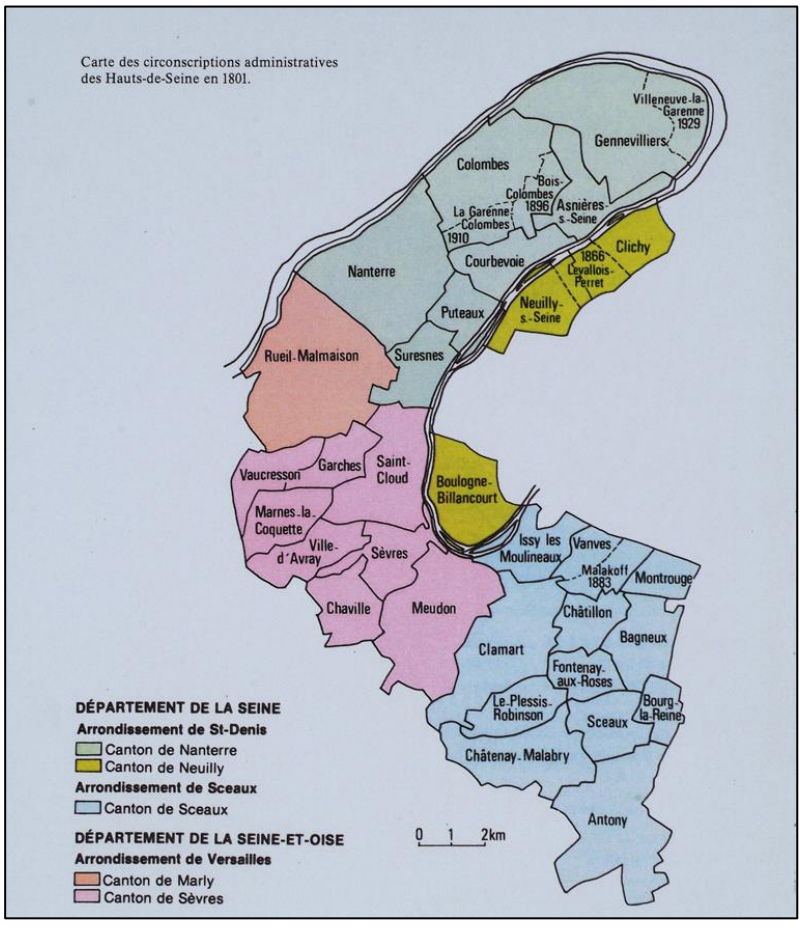
II. Les Hauts-de-Seine : une entité géographique et sociale éclatée

Du Nord au Sud, le visiteur pourrait avoir l'impression de voyager. Les paysages des Hauts-de-Seine sont d'une telle mixité qu'il est difficile de trouver le trait d'union entre ses 36 communes. Pourquoi ce département connait-il de tels contrastes ? Au cours de l'histoire, quels ont été les processus socio-spatiaux à l'origine de ce panorama ?

1) Un département administrativement jeune

Les communes des Hauts-de-Seine ont été réunies au sein d'une même circonscription administrative le 10 juillet 1964. Avant cette date, le centre du département était rattaché à la Seine-et-Oise, tandis que les autres communes dépendaient du département de la Seine. Créé artificiellement sans aucune logique de continuité urbaine, il constitue ainsi une entité politique récente et originale. D'une surface de 176 km², il s'agit du plus petit département français après Paris (*Ariès M. et al. – 1990*).

Carte n°8 : Les circonscriptions administratives des Hauts-de-Seine en 1801



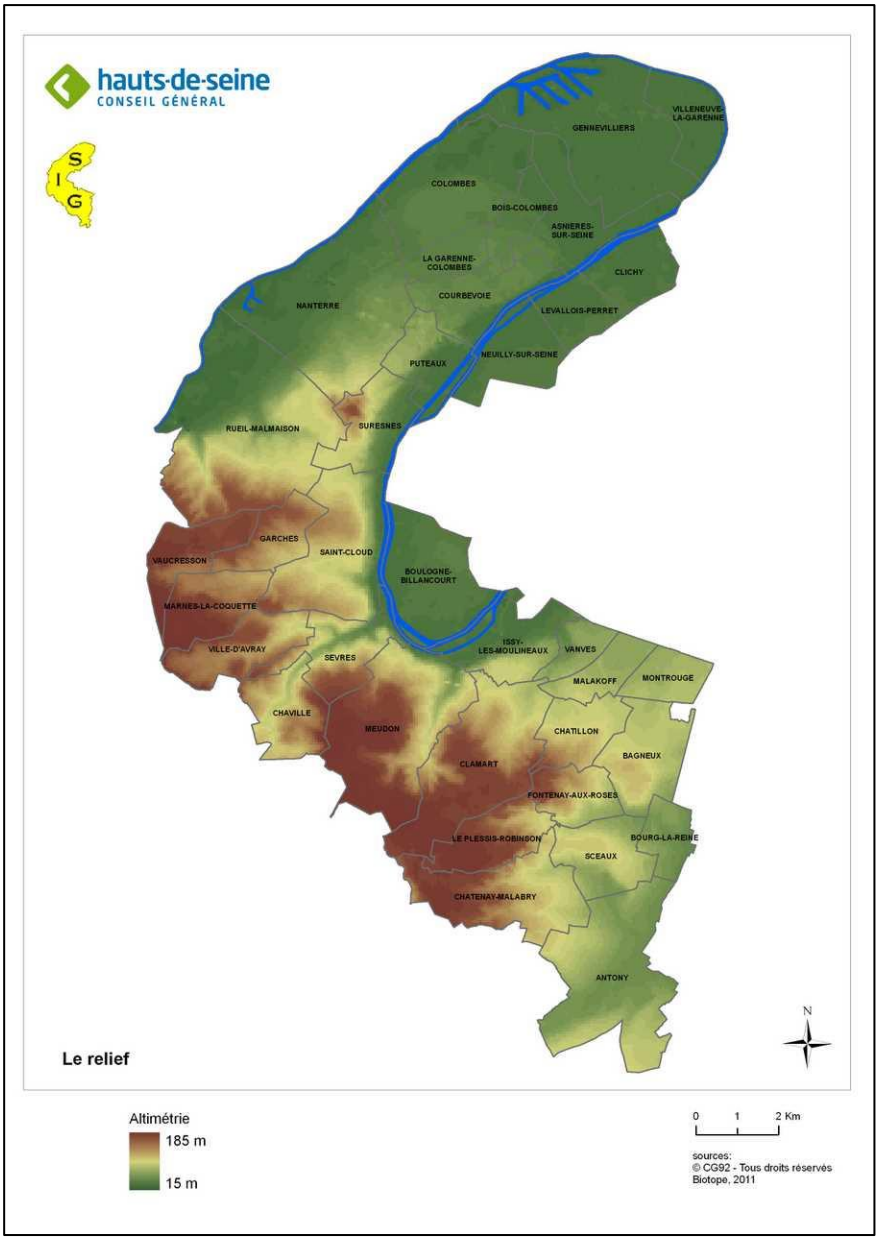
Source : *www.archives.hauts-de-seine.net*

En outre certaines villes sont nées relativement tard, à partir de parcelles d'autres territoires communaux. C'est ainsi que Levallois-Perret, Malakoff et Bois-Colombes ont été créées à la fin du XIXe siècle. La Garenne-Colombes fut érigée en 1910 suite au détachement d'une partie de la ville de Colombes, à l'instar de Villeneuve-la-Garenne née d'une portion de territoire de Gennevilliers en 1929. Les similitudes entre ces villes initialement unifiées apparaissent donc comme le produit d'une histoire commune. Les premières élections cantonales ont eu lieu en 1967, scrutin à l'issue duquel droite et gauche ont obtenu le même nombre de voix. Les renouvellements successifs de l'Assemblée départementale ont depuis donné l'avantage aux partis de droite. Ces derniers caractérisent aujourd'hui l'ancrage politique des Hauts-de-Seine, gage de la transformation progressive de la « banlieue rouge » vers un espace gentrifié.

2) Une topographie disparate, à l'origine de dynamiques de peuplement contrastées

La topographie des Hauts-de-Seine ne révèle aucune unité géographique. Au Nord, la boucle de la Seine a façonné les terres pour bâtir une plaine alluviale et inondable initialement vouée aux pâturages puis à l'industrie.

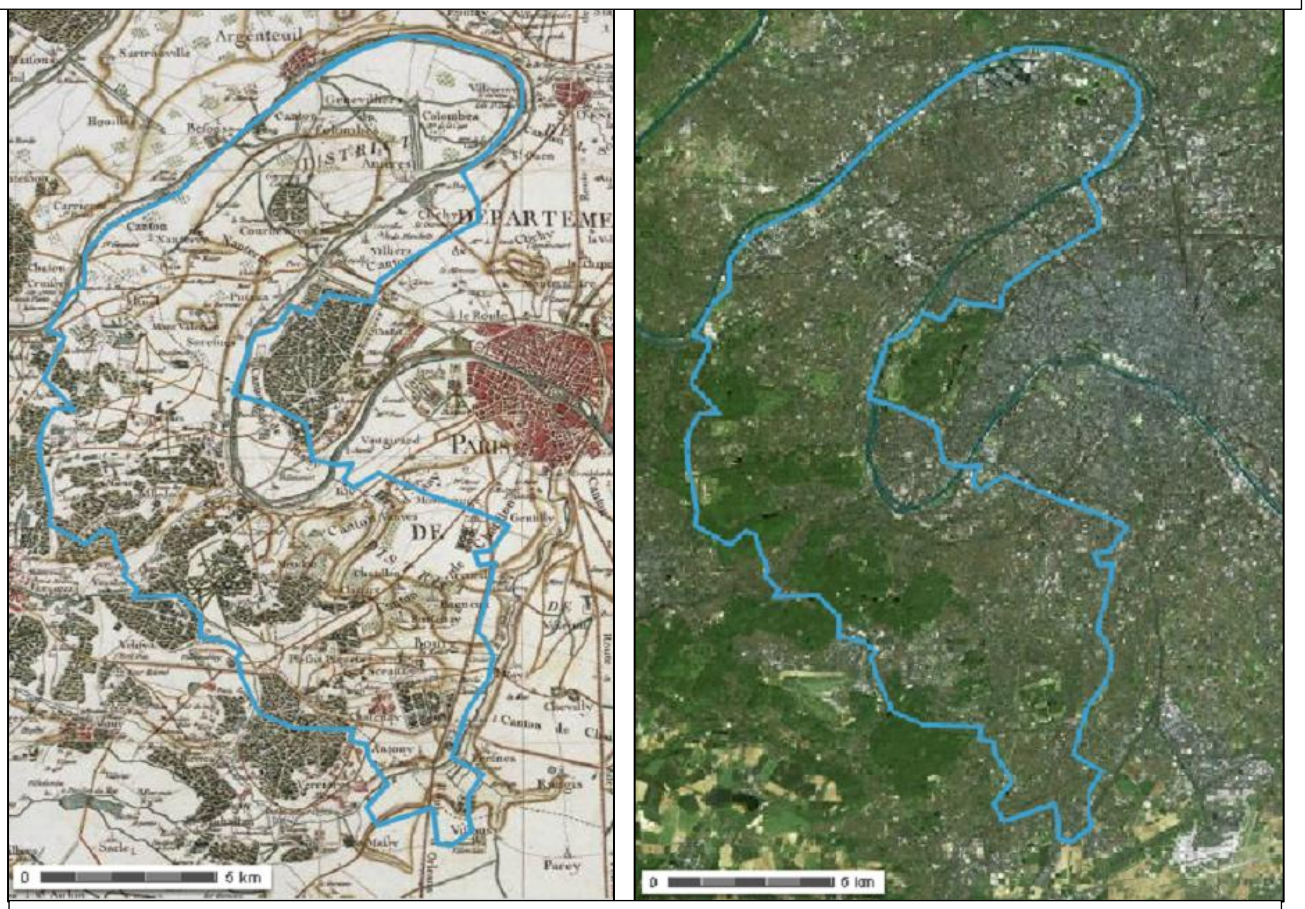
Carte n°9 : Topographie des Hauts-de-Seine :
Plaine et coteaux, Seine et forêts



Source : *www.hauts-de-seine.net*

Le centre du département, au cœur des « chemins du pouvoir » entre Paris et Versailles, a offert aux courtisans et aux bourgeois des espaces privilégiés de villégiature au milieu des coteaux et des forêts. Enfin le plateau calcaire sur lequel se sont érigées les communes situées au Sud des Hauts-de-Seine, a connu un développement plus hétérogène en fonction de la situation géographique de chacune des villes. Les contrastes entre les zones urbaines et les espaces verts sont encore très visibles à l'heure actuelle, presque à l'identique de ce qu'ils étaient autrefois.

Cartes n°10 et 11 : Depuis le XVIIIe siècle jusqu'à aujourd'hui, les paysages naturels alto-séquanais ont subsisté



Source : *Carte de Cassini (XVIIIe siècle) et image satellite du département actuel / www.geoportail.gouv.fr*

Selon Maddy Ariès et ses collègues, la proximité avec Paris constitue le point commun entre les communes du département. L'influence de la capitale a effectivement conduit les villes vers un destin spécifique, parfois fruit d'un concours de circonstances, qu'il faut observer individuellement pour pouvoir appréhender les paysages contemporains (*Ariès M. et al. – 1990*). Nous allons toutefois retracer les principales étapes historiques qui ont participé à la création de cette entité géographique particulière.

3) Une ethnologie des Hauts-de-Seine : « mission impossible »

a) Entre agriculture et villégiature

Les communes alto-séquanaises sont longtemps restées rurales et agricoles. Les rives de la Seine étaient destinées aux pâturages et à la céréaliculture tandis que les vallons ensoleillés ont permis le développement de la viticulture de Nanterre à Bagneux. Jusqu'à l'aube de la révolution française, l'Ouest parisien était consacré à l'agriculture et au maraîchage à destination des marchés parisiens. Cependant, la popularité du vin a commencé à péricliter à partir du XVIIIe siècle du fait de la mauvaise qualité des terres c'est pourquoi les municipalités ont du se reconvertir. A cette époque ont ainsi fleuri une multitude d'activités artisanales, comme par exemple l'horticulture (Fontenay-aux-Roses ne porte pas son nom par hasard) ou les célèbres blanchisseries des bords de Seine dont celles de Boulogne-Billancourt. Les manufactures royales de Sèvres et de Sceaux ont donné lieu à la création de petites entreprises sous-traitantes de faïence et de cire. Contrairement aux paysans d'autrefois, l'organisation sociale de ces nouvelles populations était plus instable et mobile en fonction de l'attractivité des marchés. En outre, les terres agricoles ont commencé à être convoitées par les riches bourgeois en quête de terrains pour ériger leurs demeures et jardins (*Ariès M. et al. – 1990)*.

Mais les Hauts-de-Seine furent également le théâtre des fantaisies populaires. En dépit de la mauvaise qualité du vin, le département devint le lieu du loisir et du plaisir par excellence pour tous les parisiens endimanchés. Les guinguettes, fêtes de village et foires se sont développées dans de nombreuses communes alto-séquanaises au XVIIIe siècle. Elles ont participé à la renommée du département auprès des habitants de la capitale, lui attribuant ainsi le caractère de « banlieue verte » (*ibid.)*.

b) Sur les chemins du pouvoir, de Paris à Versailles

Situé à la croisée des lieux d'exercice du pouvoir, les Hauts-de-Seine ont été investis par les châteaux et les grands domaines seigneuriaux dès le XVe siècle. Sous le régime de Louis XIV, les courtisans et proches du roi s'installèrent à proximité du château et firent bâtir de véritables palaces. Le château de Saint Cloud fut acheté par le duc d'Orléans, frère du monarque. A la même époque Richelieu acquit le château de Rueil-Malmaison où Joséphine, femme de Napoléon Bonaparte, s'installa quelques siècles plus tard. Les artistes et les intellectuels français aspirèrent également à s'établirent au sein de ces paysages boisés, à l'instar de Châteaubriant qui acheta un domaine à Châtenay-Malabry au XIXe siècle. Les magnifiques jardins à la française s'étalèrent ainsi des bords de la Seine jusqu'à l'Ouest du département. Par ailleurs, la présence de ces résidences bourgeoises a favorisé le développement de voies de communication transversales. Le tracé des voies royales, de la capitale vers la banlieue, a conduit à la construction des premières voies de chemin de fer de la

région. La première ligne fut construite entre Paris et Le Pecq en 1837, le long de l'ancien itinéraire royal entre la capitale et le château de chasse de Saint-Germain. Une seconde voie fut édifiée entre Paris et Versailles rive droite en 1839, suivie par celle desservant la rive gauche en 1840. Enfin, un itinéraire desservant le Sud du département, de Choisy-le-Roi à Versailles en passant par Sceaux et Antony, fut créé en 1846. La constitution de ce réseau de transports a ainsi conditionné l'installation pérenne des demeures aristocratiques le long de ces axes stratégiques (*Gaillard M. – 1989*). Il a également amorcé le début de l'industrialisation du département.

c) Industrialisation et étalement urbain

Dès 1830 s'est entamée la transformation des paysages alto-séquanais (*Gaillard M. – 1989*). Les vastes espaces agricoles ont fourni des terrains sans équivalent aux industries lourdes consommatrices de foncier. Le Nord du département, particulièrement préservé des aménagements anthropiques, présentait une situation géographique stratégique pour le transport fluvial des marchandises et le refroidissement des machines. Les premières usines de bicyclette s'installèrent à Courbevoie et à Puteaux dès la fin du XIXe siècle. Ces dernières engagèrent la vocation du territoire pour l'industrie automobile. Le titre de « berceau de l'automobile » a été attribué au département des Hauts-de-Seine du fait du développement de nombreuses entreprises telles que « Renault » sur l'Ile Seguin à Boulogne-Billancourt, « De Dion-Bouton » à Puteaux ou encore « Clément-Bayard » à Levallois-Perret. Bois-Colombes, Suresnes, Asnières-sur-Seine, Nanterre et Gennevilliers ne furent pas épargnées par cette brusque spécialisation industrielle. La clientèle aisée, résidant à proximité de ces nouveaux espaces de production, a favorisé l'essor de cette activité (*Ariès M. et al. – 1990*). Parallèlement se sont développées plusieurs entreprises aéronautiques. Certaines usines, comme celles de Louis Bériot à Suresnes, des frères Charles et Gabriel Voisin à Boulogne-Billancourt ou encore celle des frères Nieuport à Issy-les-Moulineaux ont participé à l'effort de guerre pendant le premier conflit mondial. En 1930 furent ouverts les premiers ateliers de Marcel Dassault à Boulogne-Billancourt et à Bois-Colombes. Les bureaux de « Dassault Aviation » se situent aujourd'hui à Saint-Cloud (*Archives départementales / www.archives.hauts-de-seine.net*).

L'afflux de populations ouvrières devint considérable à cette époque, du fait de l'attractivité du marché de l'emploi. Le développement anarchique du tissu urbain qu'il a engendré, au milieu des zones industrielles, a donné lieu aux célèbres tableaux des bidonvilles de Nanterre et de Gennevilliers. Mais paradoxalement, le XIXe siècle fut en même temps le point culminant de la vie rurale dans les Hauts-de-Seine (*Ariès M. et al. – 1990*). Les champignonnières remplacèrent les carrières du Sud du département, les activités de maraîchage se développèrent au gré des exigences alimentaires des parisiens tandis que les impressionnistes colonisèrent les rives bucoliques des étangs de Ville d'Avray. Les terrains non propices au développement de l'industrie, sur les pentes des coteaux, continuèrent d'attirer les riches parisiens. Ces derniers, parfois appuyés par les

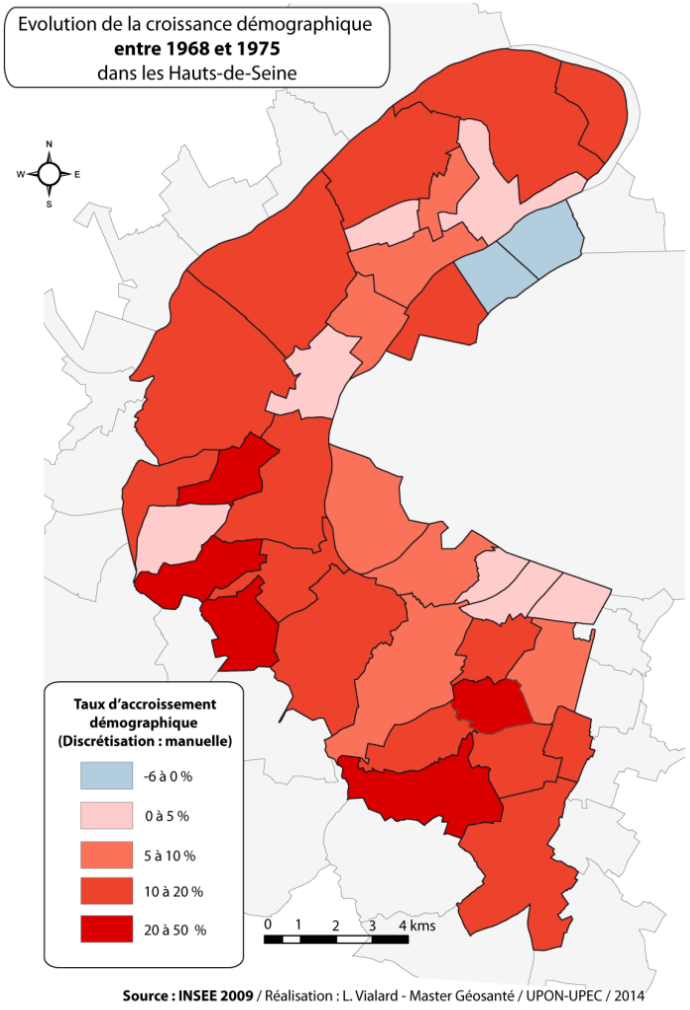
politiques municipales, mirent en place des stratégies collectives afin d'épargner leur territoire de l'afflux massif de population. La concurrence entre les espaces à vocation industrielle et résidentielle, très caractéristique du département, est en partie le fruit de jeux d'acteurs aux objectifs politiques et sociaux bien distincts (*Ariès M. et al. – 1990*). C'est pourquoi les dynamiques d'urbanisation au XXe siècle ont été différentes en fonction des territoires. Nous pouvons citer l'exemple de Boulogne qui, malgré sa forte activité industrielle, s'est engagée dans l'aménagement de beaux quartiers destinés aux familles bourgeoises travaillant à Paris. Les ouvriers des usines Renault vivaient pour la plupart dans d'autres communes du département ou de l'Est parisien. Toutefois même au sein de communes populaires a priori similaires, le développement urbain a pris des formes différentes selon l'histoire spécifique des lieux. Dans les années 1930, 75 % de la population nanterrienne était ouvrière mais résidait globalement dans des petits pavillons. Tandis qu'à Bagneux, du fait du manque d'infrastructures de transport et de l'enclavement géographique de la commune, le tissu urbain s'est développé plus tardivement au milieu des champs, sous forme de logements collectifs construits hâtivement. Après la seconde Guerre Mondiale, cette dichotomie s'est renforcée suite à la construction des « grands ensembles » en réponse à la crise du logement. Ces quartiers ont été érigés au sein des communes dont les politiques sociales étaient favorables à l'amélioration des conditions de vie des « mal-lotis » (*Fourcaut A. – 2012*). Cependant, certaines villes comme Suresnes et Rueil-Malmaison, ont permis la construction de quelques enclaves de logements sociaux au milieu de zones résidentielles plus favorisées. La vie sociale ne s'est donc pas organisée de la même façon dans ces quartiers qu'au sein des cités-jardins de Bagneux par exemple (*Ariès M.et al. – 1990*).
Les années 1960-1970 correspondent ainsi à une période de forte croissance démographique de la population des Hauts-de-Seine. Mais la survenue de la crise et du déclin de l'industrie ont provoqué un nouveau traumatisme de la structure sociale et spatiale du département.

d) Vers une recomposition sociodémographique des territoires alto-séquanais ?

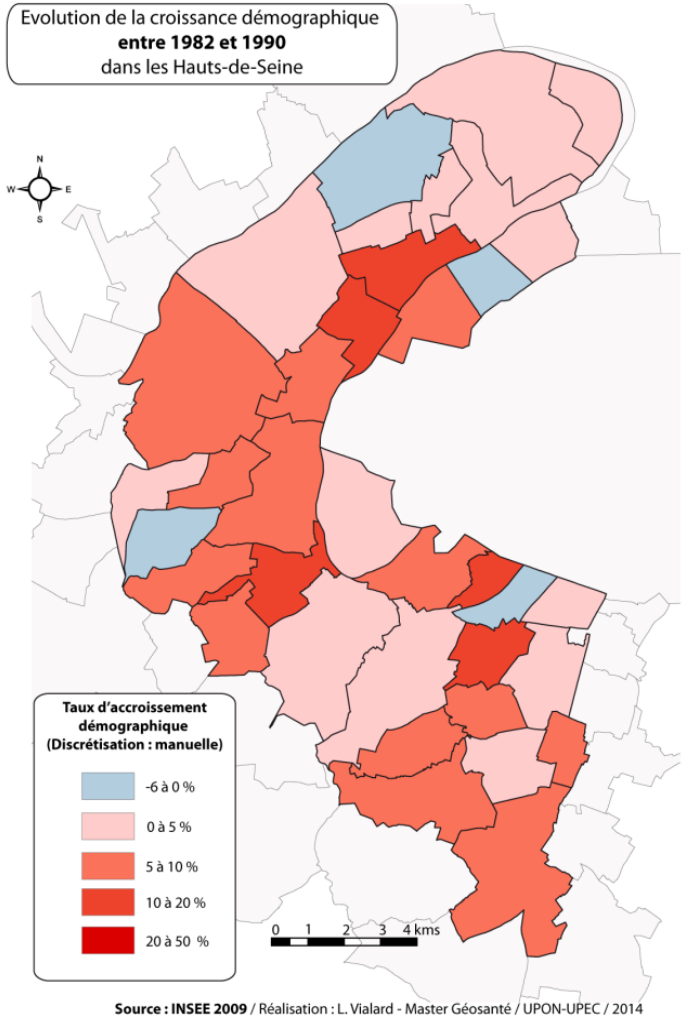
A partir des années 1970 s'est amorcé le déclin de l'industrie en France et en région parisienne. La croissance démographique du département des Hauts-de-Seine s'est ralentie très fortement sous l'effet du phénomène. La tertiarisation de l'économie a initié la métamorphose des aires industrielles en vastes zones de logements et de bureaux. Le centre des affaires de la Défense s'est ainsi développé entre les communes de Courbevoie, de Puteaux et de Nanterre à partir de 1970, à l'emplacement des anciens bidonvilles. Cette époque marque le début du renouvellement de la population alto-séquanaise. Les classes moyennes et plus aisées sont revenues s'installer dans des logements construits à leur attention, au sein de communes historiquement populaires. L'exemple de Nanterre est assez intéressant en la matière.

Evolution de la croissance démographique dans le département des Hauts-de-Seine entre 1968 et 2010 : une croissance discontinue (méthode : annexe n°2)

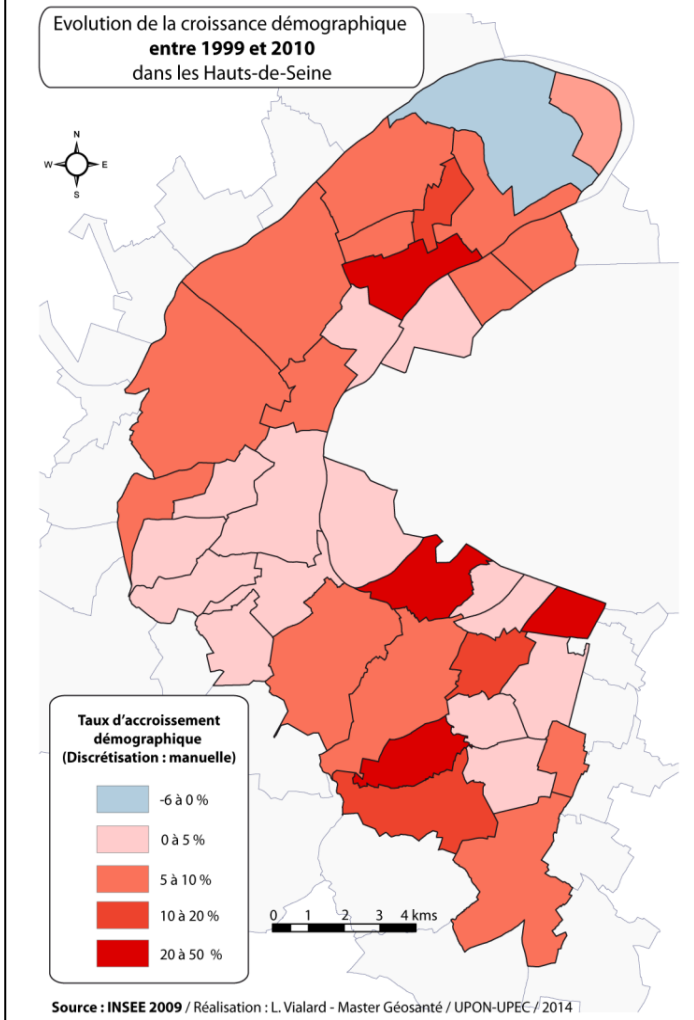
Carte n°12



Carte n°13



Carte n°14



1960-1970 = *Construction des « grands ensembles » et afflux des parisiens en banlieue de la capitale :* les plus fort taux d'accroissement de population sont enregistrés dans les communes situées en bordure extérieure du département. Les villes limitrophes de Paris affichent de plus faibles taux de croissance

1980 = *Le déclin de l'industrie se confirme* : la croissance démographique ralentit fortement, davantage dans les villes industrielles du Nord du département et limitrophes à Paris (Boulogne). Les communes exclusivement résidentielles conservent une légère croissance de leur population.

Depuis 1990 = *La croissance démographique se réamorce* : les classes moyennes et aisées investissent les communes où se développent de nouveaux quartiers. Les communes résidentielles du centre du département se protègent du phénomène grâce à des stratégies collectives qui limitent la construction de logements.

Jusqu'à la fin des années 1970, la municipalité de Nanterre s'est engagée dans l'aménagement de grands ensembles. L'impérieuse nécessité de loger les habitants des bidonvilles a effectivement donné lieu à de vastes chantiers de construction de logements sociaux. A l'heure actuelle, les ménages ouvriers, employés et de classes moyennes sont toujours plus nombreux que la moyenne francilienne (*INSEE - 2009*). Cependant le parc privé, investi par les promoteurs immobiliers, enregistre une forte hausse des prix du foncier depuis plusieurs décennies. La proximité de « la Défense » a entrainé un afflux de populations plus aisées qui participe à la spécialisation sociale de certains quartiers. L'habitat populaire est toutefois préservé du fait d'un important parc public de logements sociaux. Selon des chiffres récents, le revenu médian par UC des propriétaires occupants s'élèverait à plus de 24 000 euros versus 11 500 euros pour les locataires du parc social. Ainsi les inégalités de niveau de vie, au sein de cette commune en mutation, se creusent de façon importante (*Ville de Nanterre – 2012*). De plus, les emplois tertiaires et qualifiés représentent aujourd'hui plus de 60 % de l'offre d'emploi de la ville. Plus de 8 postes sur 10 sont occupés par un salarié qui ne vit pas sur le territoire communal. Près des 2/3 des Nanterriens exercent leur métier hors de la commune, quand bien même elle constitue la seconde ville francilienne en nombre d'emplois après Paris (*www.nanterre.fr*). Le processus de gentrification de ces nouveaux espaces économiques, ainsi que le phénomène de ségrégation des populations modestes, sont nettement visibles à travers ces chiffres (*Ville de Nanterre – 2012*).

Quels sont aujourd'hui les contrastes démographiques et sociaux qui marquent le département ? Que reste-t-il de l'histoire urbaine de ces communes dans les formes de socialisation de l'espace départemental contemporain ? En quoi ces dynamiques sociodémographiques sont-elles susceptibles d'influencer les rapports sociaux, la distribution spatiale et l'accessibilité à l'offre de soins ainsi que les trajectoires des femmes souffrant d'un cancer du sein ?

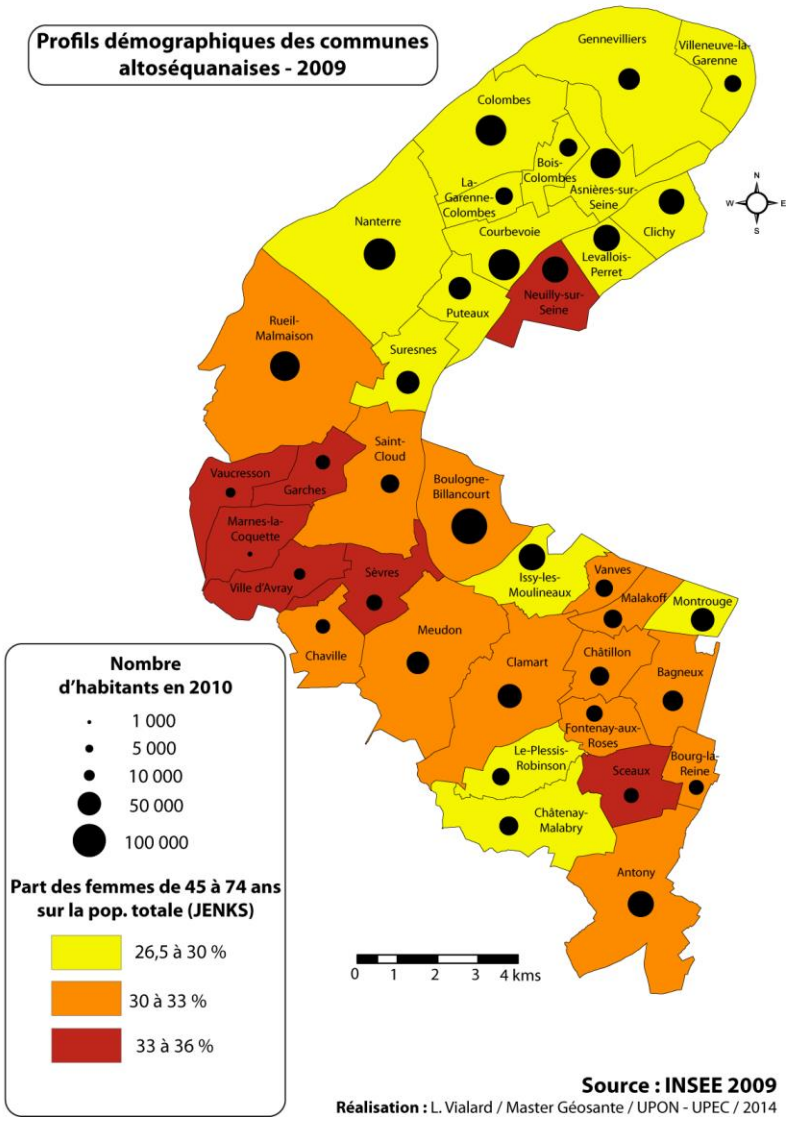
4) En 2014 : un département socialement et spatialement marqué par son histoire

a) Villes industrielles et résidentielles : des contrastes démographiques

A l'heure actuelle, les communes les plus peuplées des Hauts-de-Seine sont celles qui ont été traversées par les grands flux migratoires. Il s'agit davantage des villes industrielles, Boulogne-Billancourt étant de loin la plus peuplée (environ 114 200 habitants en 2009) suivie par Nanterre (89 200), Courbevoie, Colombes et Asnières-sur-Seine. Rueil-Malmaison (79 400) ou Antony (61 800) sont également relativement peuplées puisqu'elles sont situées le long des premières voies de communication.

A l'inverse les villes comme Marnes-la Coquette (1 650 habitants en 2009), Vaucresson (8 600) ou Ville d'Avray (10 800) accueillent un faible effectif d'habitants car, comme nous l'avons dit plus haut, les municipalités ont opéré une certaine sélection de leurs riverains. C'est donc au sein de ces villes aisées, où les résidents héritent des demeures nobiliaires de père en fils, que la population est globalement plus vieillissante (à l'instar de Neuilly-sur-Seine ou de Sceaux).

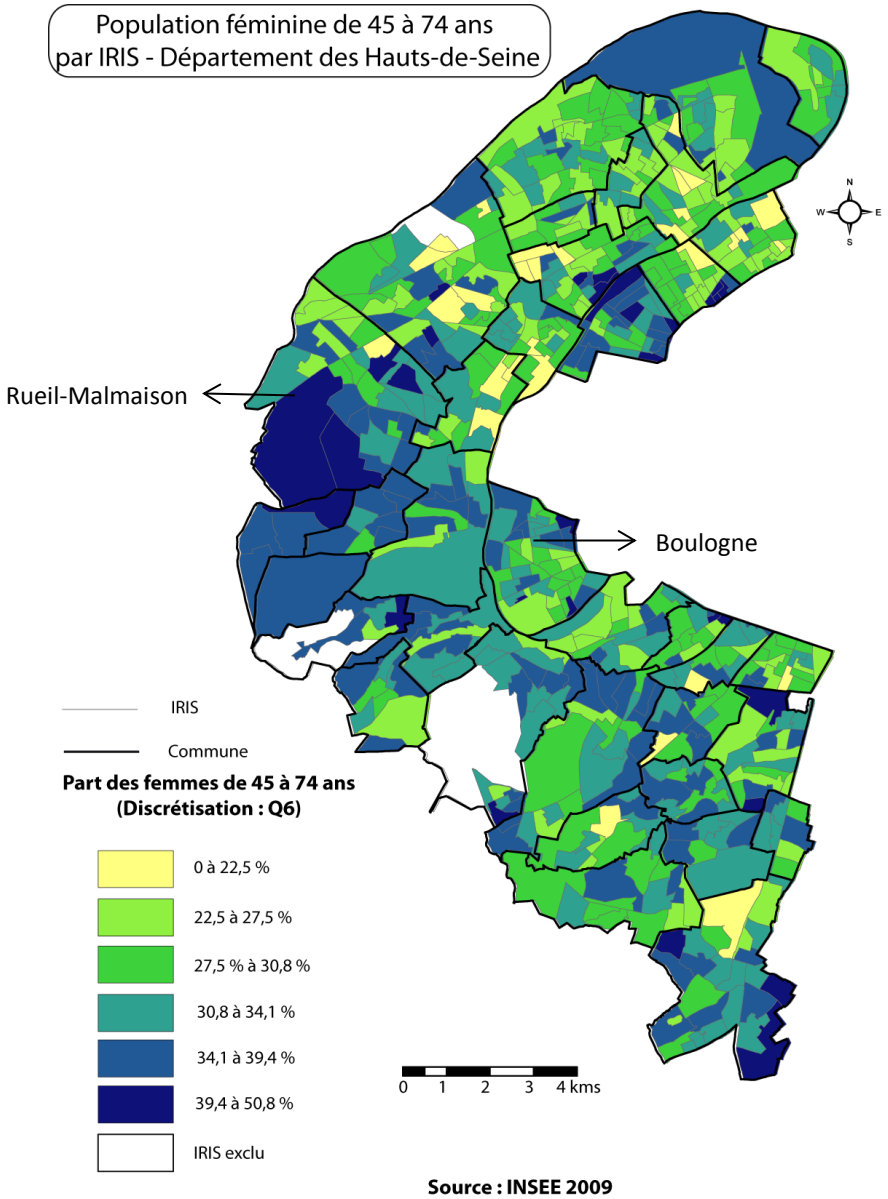
Carte n°15



Le taux de femmes âgées de 45 à 74 ans représenté sur cette carte choroplèthe est un indicateur intéressant dans le cadre de notre problématique. A l'échelle des communes, il ne prétend cependant pas être exhaustif. Nous observons toutefois que les femmes jeunes semblent être davantage représentées dans le Nord du département. L'incidence du cancer du sein pourrait-elle être moins importante dans ces communes historiquement plus populaires ? Par ailleurs, la mortalité y serait-elle plus élevée au regard du nombre de cas incidents ? Nous veillerons à nous interroger sur ces questions lors de la formulation de nos hypothèses.

Carte n°16

Population féminine de 45 à 74 ans
par IRIS - Département des Hauts-de-Seine



Source : INSEE 2009
Réalisation : L.Vialard / Master «Géosanté / UPON-UPEC / 2014

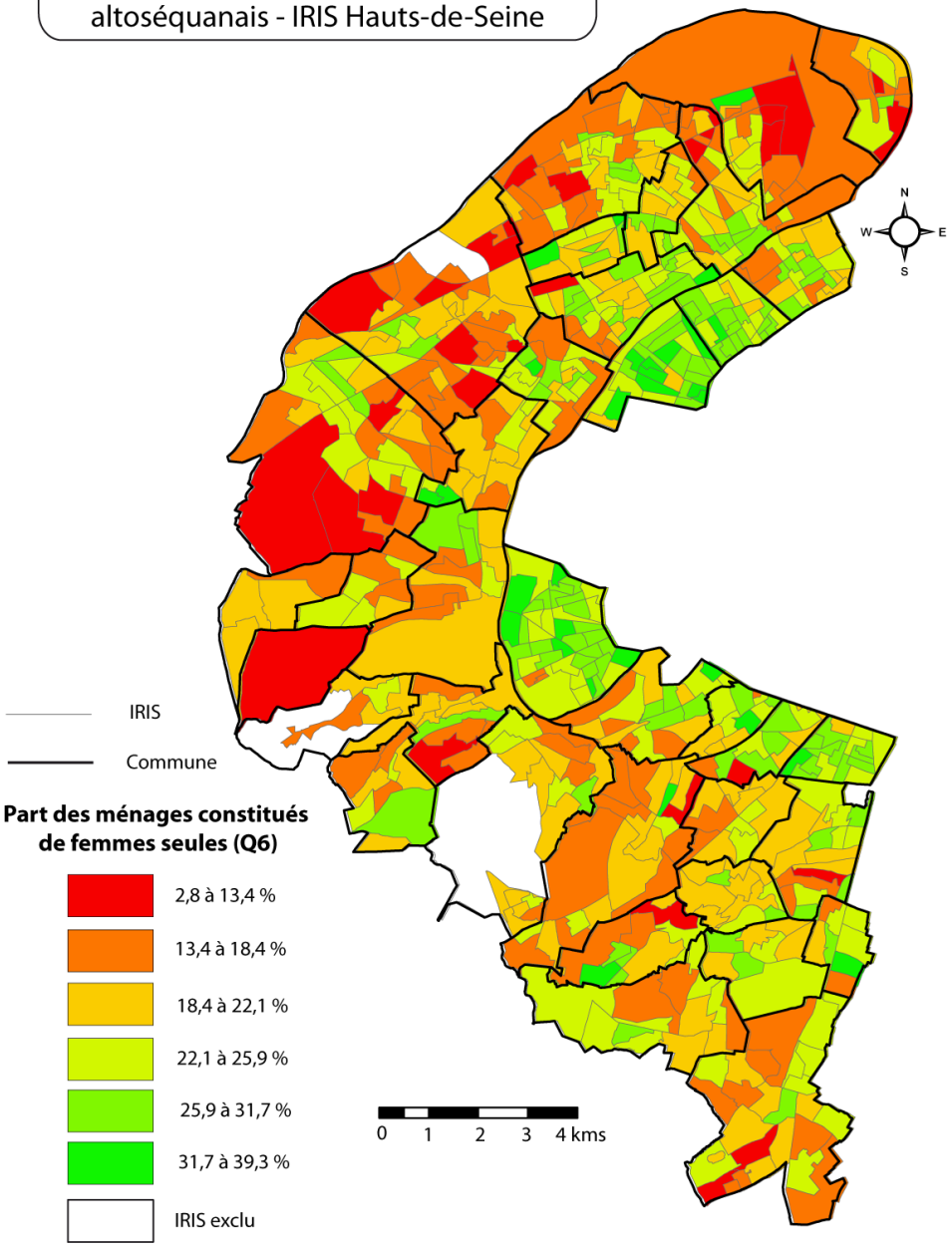
A l'échelle de l'IRIS, les contrastes sont davantage marqués. Nous pouvons voir que certaines villes sont plus mixtes qu'elles n'y paraissent. En effet, le Nord de Boulogne est constitué d'immeubles anciens et haussmanniens, où les ménages aisés sont installés de longue date (*Randrianaivo H. et al. – 2014*). Ces quartiers accueillent ainsi plus de femmes âgées de 45 à 74 ans que le Sud de la commune, où les logements sont plus récents. Il en est de même à Rueil-Malmaison où les grandes propriétés nobiliaires se situent à proximité de la forêt domaniale de la Malmaison, au Sud de la commune. La population y est donc globalement plus âgée.

A travers cette carte se dessinent donc très grossièrement les limites des zones résidentielles anciennes et plus récentes. Nous verrons dans quelle mesure cette configuration démographique affecte la distribution de l'incidence et de la mortalité par cancer du sein à l'échelle des communes des Hauts-de-Seine.

En ce qui concerne la composition des ménages alto-séquanais, on s'aperçoit que les femmes vivant seules sont moins nombreuses dans les villes où la population est globalement plus jeune. Ainsi, les communes comme Gennevilliers, le Nord de Colombes et de Nanterre affichent généralement de faibles taux de ménages de femmes seules même si certains quartiers se distinguent avec des chiffres plus élevés (cf. cartes page suivante). Les communes plus aisées du Nord du département, comme Bois-Colombes, La Garenne-Colombes, Courbevoie ou le Sud d'Asnières-sur-Seine présentent un nombre important de femmes habitant seules.

Carte n°17

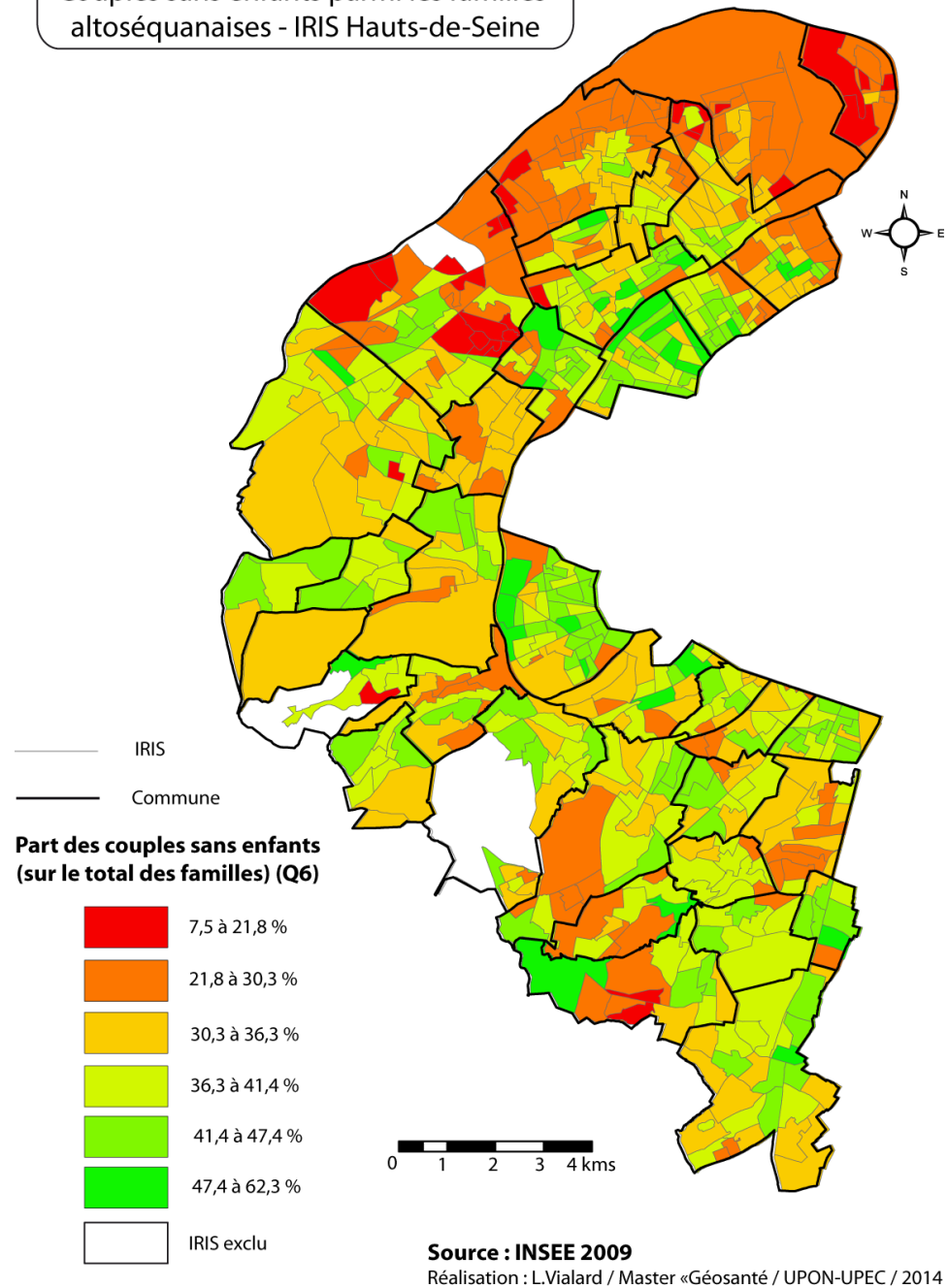
Femmes vivant seules parmi les ménages altoséquanais - IRIS Hauts-de-Seine



Source : INSEE 2009
Réalisation : L.Vialard / Master «Géosanté / UPON-UPEC / 2014

Carte n°18

Couples sans enfants parmi les familles altoséquanaises - IRIS Hauts-de-Seine



Source : INSEE 2009
Réalisation : L.Vialard / Master «Géosanté / UPON-UPEC / 2014

Mais en définitive ce sont les villes limitrophes à Paris qui présentent les taux les plus élevés, comme par exemple Neuilly-sur-Seine (29 % en 2009) ou Boulogne (28 %). On s'aperçoit que les femmes vivant dans les pavillons nobiliaires du centre du département ne sont pas forcément les plus esseulées, à l'instar des quartiers aisés de Clamart ou d'Antony.

La distribution spatiale des couples sans enfants au sein du département semble relativement plus marquée. Les communes populaires du Nord des Hauts-de-Seine sont globalement composées de familles nombreuses, et donc d'une moindre proportion de familles sans enfants. Tandis que les villes aisées situées à proximité affichent des taux de couples sans enfants beaucoup plus importants. Le centre du département oscille entre valeurs moyennes et fortes, en fonction du type d'habitat et des quartiers. Clamart, Bagneux ainsi que les zones populaires des villes comme Antony ou Châtenay-Malabry, présentent une part de couples sans enfants plus faible que les autres quartiers aisés qui les entourent.

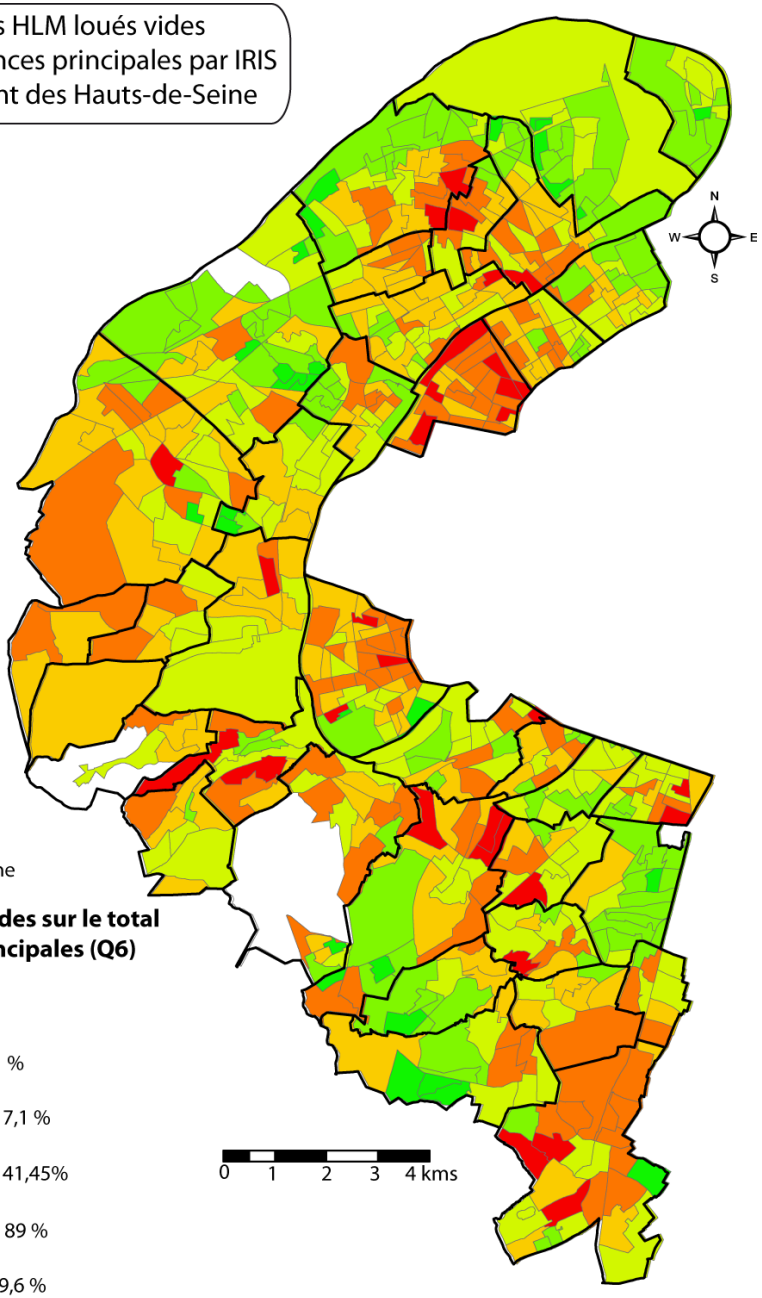
Ces cartes, dont les données sont agrégées à l'IRIS, sont présentées en tant qu'informations de cadrage. Elles ne constituent pas une démonstration d'une quelconque causalité concernant l'incidence et le pronostic du cancer du sein. Cependant, nous savons que le risque de développer ce cancer est tributaire du nombre d'enfants par femme. En outre, l'accompagnement social des femmes participe à orienter leur trajectoire de soins c'est pourquoi les plus isolées pourraient exprimer des difficultés d'aiguillage. Ainsi, il s'agit ici de repérer les espaces qui pourraient être significativement représentatifs de la survenue et du pronostic du cancer du sein.

b) Les formes de l'habitat : révélateur de l'histoire sociale des communes

Nous avons expliqué plus haut que les formes de l'habitat sont caractéristiques des communes et des politiques municipales qui ont guidé les stratégies urbanistiques au cours de l'histoire. Ainsi les anciennes communes industrielles telles que Villeneuve-la-Garenne, Gennevilliers, Nanterre, le Nord d'Asnières et de Colombes sont constituées en grande partie de logements sociaux. Cependant nous pouvons observer que l'allure que prend ce parc locatif social diffère selon les communes : dans le Nord de Nanterre, de Colombes ou de Gennevilliers, les HLM loués vides sont davantage des pavillons ouvriers tandis qu'à Clichy, il s'agit essentiellement d'appartements au sein de grands ensembles. Les quartiers aisés des communes du Nord du département forment un dégradé de couleurs chaudes au sein duquel les logements sociaux sont particulièrement peu représentés. Pareillement, les villes « huppées » comme Saint-Cloud, Vaucresson, Marnes-la-Coquette enregistrent des taux de logements sociaux inférieurs à la moyenne du département. Toutefois on s'aperçoit qu'à Rueil-Malmaison et à Suresnes se distinguent quelques enclaves urbaines d'HLM loués vides.

Carte n°19

Part des HLM loués vides
sur les résidences principales par IRIS
Département des Hauts-de-Seine



IRIS

Commune

Taux de HLM loués vides sur le total des résidences principales (Q6)

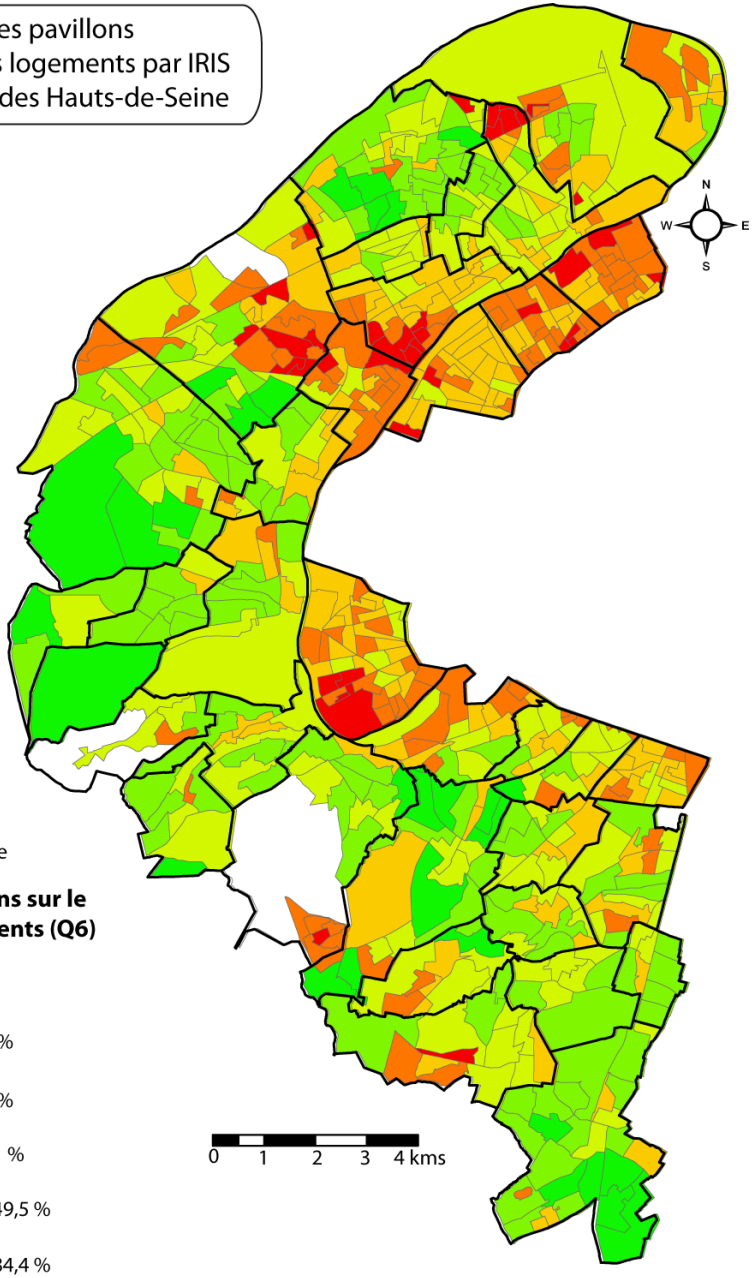
- 0 %
- de 0 à 4,1 %
- de 4,1 à 17,1 %
- de 17,1 à 41,45%
- de 41,5 à 89 %
- de 89 à 99,6 %
- IRIS exclu

Source : INSEE 2009

Réalisation : L.Vialard / Master «Géosanté» / UPON-UPEC / 2014

Carte n°20

Part des pavillons
sur le total des logements par IRIS
Département des Hauts-de-Seine



IRIS

Commune

Taux de pavillons sur le total des logements (Q6)

- 0 %
- de 0 à 1,5 %
- de 1,5 à 7 %
- de 7 à 20,1 %
- de 20,1 à 49,5 %
- de 49,5 à 84,4 %
- IRIS exclu

Source : INSEE 2009

Réalisation : L.Vialard / Master «Géosanté» / UPON-UPEC / 2014

En ce qui concerne le Sud du département, il est encore une fois beaucoup plus contrasté. Certaines villes sont composées d'une part importante d'HLM loués vides, à l'instar de Bagneux, de Châtenay-Malabry ou de la ville haute de Clamart. Tandis que d'autres villes comme Antony et Sceaux accueillent davantage de propriétaires. Enfin de manière générale, les pavillons sont globalement plus représentés en bordure extérieure des Hauts-de-Seine.

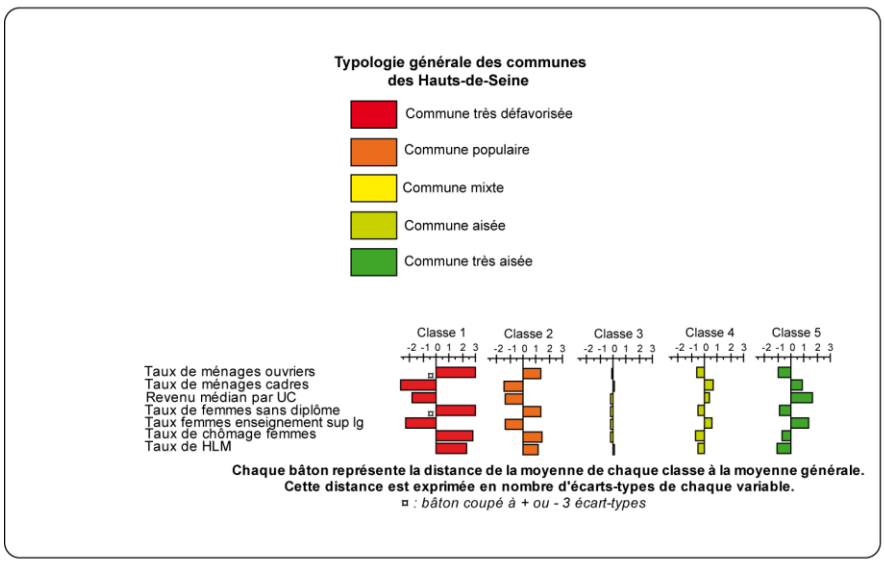
Ces indicateurs nous renseignent sur les formes de vie sociale qui seraient susceptibles de se développer au sein de ces quartiers. Quelle cohésion sociale caractérise les cités-Jardins de Bagneux ou les grands ensembles de Clamart ? Quelles différences en termes de soutien social entre les femmes vivant dans les ensembles résidentiels de Rueil-Malmaison et les pavillons ouvriers de Colombes ? Quelle homogénéité socio-économique des populations qui habitent dans ces quartiers ? Et quel impact ces rapports sociaux peuvent-ils avoir sur les trajectoires de santé des femmes souffrant d'un cancer du sein ?

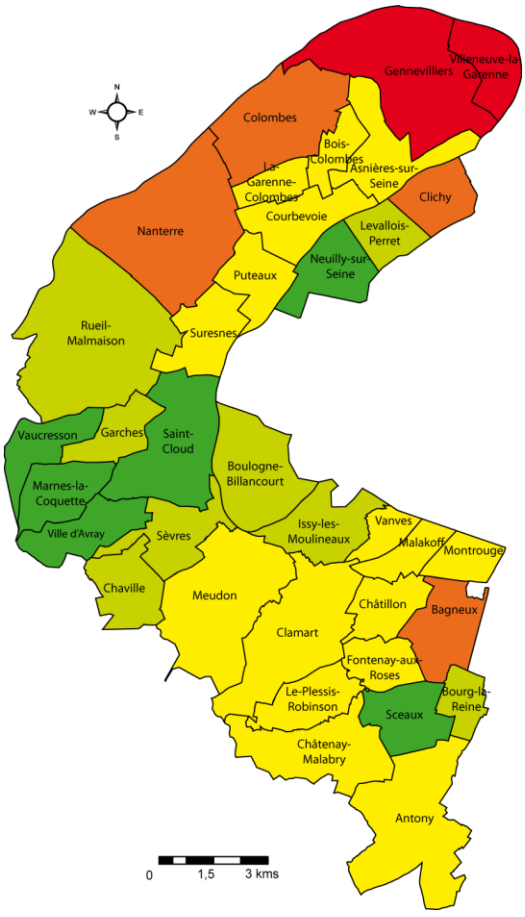
c) Le second département le plus inégalitaire de France

Les inégalités sociales fortement inscrites dans l'espace alto-séquanais sont également le produit de l'histoire du département. Les profils socio-économiques des femmes des Hauts-de-Seine sont très révélateurs des différentes phases de développement qu'ont traversé les communes. Nous retrouvons ainsi un contraste marqué : au Nord les villes industrielles socialement défavorisées qui côtoient des communes résidentielles plus aisées ; au Sud des villes d'allure plutôt mixte (hormis Sceaux et Bourg-la-Reine) ; enfin le centre du département dont la population apparaît particulièrement aisée.

Carte n°21

Typologie socio-économique des communes des Hauts-de-Seine
Caractérisation agrégée à partir des données du recensement de l'INSEE
(corrélation entre les variables = 88,6%)





Source : INSEE 2009 / Réalisation : L. Vialard / Master Géosanté / UPON - UPEC / 2014

Cette catégorisation spatiale permet de résumer 88 % des différences entre les profils socio-économiques moyens des communes (cf. annexe pour méthodologie). Même à cette échelle, les disparités sont ainsi très tangibles. Villeneuve-la-Garenne et Gennevilliers sont les seules villes à présenter un profil très défavorisé. Le revenu médian annuel par UC s'y élève en moyenne à 14 000 euros tandis que le taux de femmes sans diplôme est d'environ 32 %. Les ménages ouvriers y sont majoritaires puisqu'ils représentent plus de 20 % de la totalité des ménages versus 7,5% de ménages cadres. Par ailleurs, ces villes n'ont pas montré de regain de leur croissance démographique depuis les années 1990 (cf. carte n° 14 p.59), comparativement à Colombes ou Nanterre. Seraient-elles exemptées d'un quelconque phénomène de gentrification ? Serait-ce lié à la prédominance du parc locatif social parmi l'offre de logements ? Il est probable que les classes moyennes et aisées n'affluent pas particulièrement sur ces territoires.

Les communes qui apparaissent en orange enregistrent des chiffres moins extrêmes, c'est pourquoi nous les avons qualifiées de populaires. Le revenu médian s'élève à 17 500 euros et la part de femmes non diplômées est de 21 %. Les taux de ménages ouvriers et de ménages cadres sont relativement proches, respectivement de 14 % et 17 %. Bagneux enregistre un taux de ménages cadres cependant inférieur, d'environ 13 %.

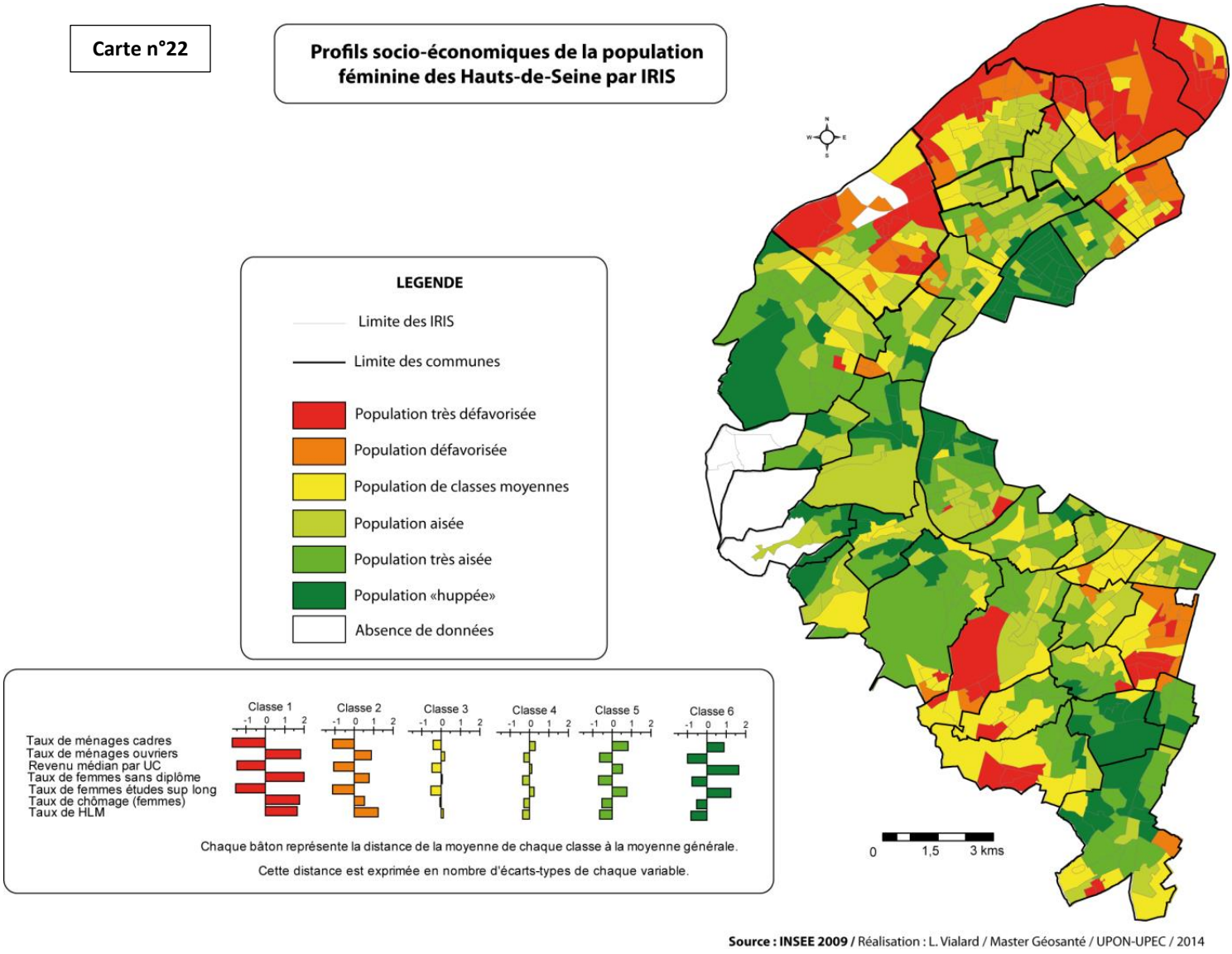
Les communes mixtes sont constituées d'une multiplicité de type de profils socio-économiques c'est pourquoi elles présentent peu d'intérêt pour notre analyse à ce stade. Le revenu médian par UC, d'en moyenne 26 000 euros pour cette catégorie, varie entre 21 400 euros à Malakoff et 28 700 euros pour Antony. De la même façon, les femmes non diplômées représentent plus de 16 % des femmes âgées de plus de 15 ans à Asnières-sur-Seine tandis qu'elles représentent 10 % de cette population à Antony. Néanmoins, les cadres sont plus représentés que les ouvriers dans la majorité de ces communes.

Les villes qui jalonnent les anciens chemins du pouvoir sont très nettement plus favorisées. A Neuilly et à Marnes-la-Coquette, le revenu médian par UC s'élève à 45 000 euros tandis qu'il est d'environ 36 000 euros à Saint-Cloud. Les femmes non diplômées sont minoritaires, représentant 8 à 10 % de la population féminine de plus de 15 ans. Enfin, les ménages ouvriers représentent une part marginale des populations de ces communes, d'en moyenne 4 à 5 % en 2009 (*INSEE - 2009*).

Il est intéressant d'observer également ces disparités à plus fine échelle. On s'aperçoit qu'au niveau infra-urbain, la géographie qui se dessine est toute autre. Les écarts-types entre les variables les plus faibles et les fortes deviennent majeurs : d'un écart-type de 7,82 pour le taux de ménages cadres à l'échelle communale, il augmente à 11,83 à l'échelle de l'IRIS. De la même façon cet indicateur qui s'élève à 5,86 en ce qui concerne le taux de femmes non diplômées à l'échelle communale, augmente à 9,15 à plus fine échelle.

Carte n°22

Profils socio-économiques de la population féminine des Hauts-de-Seine par IRIS



Source : INSEE 2009 / Réalisation : L. Vialard / Master Géosanté / UPON-UPEC / 2014

Les communes de Gennevilliers et de Villeneuve-la-Garenne présentent des profils socio-économiques relativement homogènes à l'échelle de l'IRIS. Cette observation va dans le sens de notre hypothèse selon laquelle ces territoires ne seraient pas le lieu d'un phénomène de gentrification. Clichy et Bagneux apparaissent également comme étant globalement populaires. Mais en ce qui concerne Nanterre et Colombes, nous voyons apparaitre d'importants contrastes entre certains quartiers. Colombes accueille sur son territoire des populations de toutes les catégories sociales, des plus défavorisées aux classes dites « huppées ». Les villes du centre du département sont globalement très aisées, à l'image de ce qu'elles ont toujours été. Cependant, nous pouvons observer quelques enclaves urbaines de précarité, comme dans le cas du quartier des « Fouilleuses » à Rueil-Malmaison ou des cités-jardins de Suresnes. Enfin, le groupe des villes que nous avons baptisé de « mixte » dévoile, à cette échelle, les formes particulières des contrastes sociaux qui le caractérisent. Ainsi, Clamart présente une différence sensible entre les profils de sa population, dont la frontière semble se situer entre la ville haute au sud-ouest et la ville basse au nord-est. De la même façon, les communes de Châtenay-Malabry, d'Antony ou le Plessis-Robinson sont finalement plus hétérogènes qu'on pourrait le croire.

C'est ainsi que le département des Hauts-de-Seine enregistre les inégalités sociales les plus importantes de France après Paris. L'indice de Gini des niveaux de vie, indicateur synthétique d'inégalités calculé par l'INSEE à l'échelle des départements, s'élevait en effet à 0,43 pour Paris, 0,37 pour les Hauts-de-Seine tandis qu'il n'était que de 0,28 en Seine-et-Marne en 2011 (*www.insee.fr*).

Pour reprendre l'expression de Mady Ariès, les Hauts-de-Seine apparaissent donc comme un département « sous tension » (*Ariès M. et al. – 1990*). D'une part il est marqué par une tension centrifuge, de la capitale vers la deuxième couronne de banlieue : il représente un espace intermédiaire, dont le tissu urbain est davantage continu dans ce sens que du Nord au Sud. Le tracé des voies royales a donné lieu à un réseau de transports qui le traverse de part en part, sans le desservir verticalement. D'autre part, une dichotomie s'opère entre les communes situées au Nord de la ligne « Rueil-Malmaison – Suresnes » comparativement à celles situées au Sud : « Au Nord les grands ensembles de Nanterre et de Grésillons, les activités mangeuses d'hommes, d'espace et de verticalité, des darses du port de Gennevilliers aux usines de Colombes et de Nanterre, devenues friches industrielles et aux buildings de la Défense. Au Sud, des coteaux aérés, des taches vertes, des massifs forestiers domaniaux, du parc de Saint Cloud aux forêts de Meudon » (*Ariès M. – 1990*).

Photo n°1 : Port de Gennevilliers (*Source : site Mairie*)

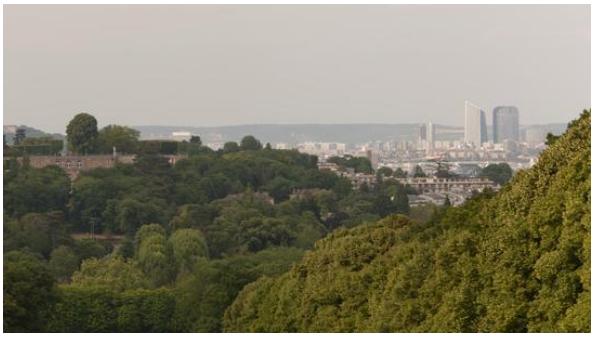


Photo n°2 : Vue de La Défense depuis la forêt de Meudon (*Source : ONF*)

Photo n°3 : Manoir de Marnes-la-Coquette (*Source : site E. Garcin*)

Photo n°4 : Grands ensembles de Bagneux (*Source : L. Boegly)*

Dans le cadre de notre problématique, nous allons être amenés à choisir des terrains exemplaires des mécanismes générateurs d'inégalités socio-territoriales face au cancer du sein. En quoi les caractéristiques historiques, démographiques, socio-économiques et urbaines de ces territoires si différents influencent-elles les trajectoires de santé des femmes ? Quelles disparités en termes de cohésion sociale, d'accompagnement et de soutien ? Quelles capacités de recours aux soins en fonction du lieu de vie, du profil démographique et socio-économiques des personnes ? L'échelle de l'IRIS, utilisé pour cette analyse cartographique, ne respecte pas systématiquement le tracé du tissu urbain c'est pourquoi il présente incontestablement une limite de cette analyse. Ce sera sur le terrain, à l'occasion de nos entretiens et lors d'observations concrètes que nous serons en capacité de mesurer ces biais. Nous pourrons alors décoder la façon dont les rapports sociaux s'organisent entre les communes et les quartiers. Il s'agira de comprendre le sens des itinéraires que les femmes pratiquent pour se rendre d'un lieu à un autre et l'influence que ces processus peuvent avoir sur leur recours aux soins. Cependant, la distribution spatiale et la disponibilité de l'offre de soins en onco-sénologie jouent un rôle prépondérant que nous n'avons pas encore décrit. Elles vont ainsi faire l'objet de la partie suivante.

IV. Parcours de soins et accessibilité de l'offre en onco-sénologie dans les Hauts-de-Seine

1) Organisation générale du système de soins en cancérologie

En France, la lutte contre le cancer a connu une histoire complexe. Nous avons exposé plus haut le fait que l'offre de soins s'est développée à partir du début du XXe siècle, d'autant plus après la première Guerre Mondiale. L'organisation du système de santé de l'époque était répartie entre deux pôles : la médecine hospitalo-universitaire à destination des indigents versus la médecine libérale pour les élites et les populations socialement aisées. Les prises en charge étaient essentiellement curatives et réparties par spécialité. La sectorisation des activités faisait ainsi partie intégrante du fonctionnement de la pratique médicale. C'est pourquoi le traitement du cancer a constitué une véritable révolution du système de santé français (*Pinell P. – 1992*). Nouvelle maladie chronique dont l'incidence a brusquement augmenté, elle nécessitait l'intervention de plusieurs catégories de professionnels de santé tout au long du parcours de soins. C'est grâce à la Ligue contre le cancer que les sphères du monde clinique, de la médecine sociale et de la médecine expérimentale ont pu être réunies. Sans cette rencontre suscitée par un groupe d'individus militants, le système de soins n'aurait pas pu se refonder sur des valeurs d'interdisciplinarité. La médecine spécialisée est donc originellement associée au traitement du cancer.

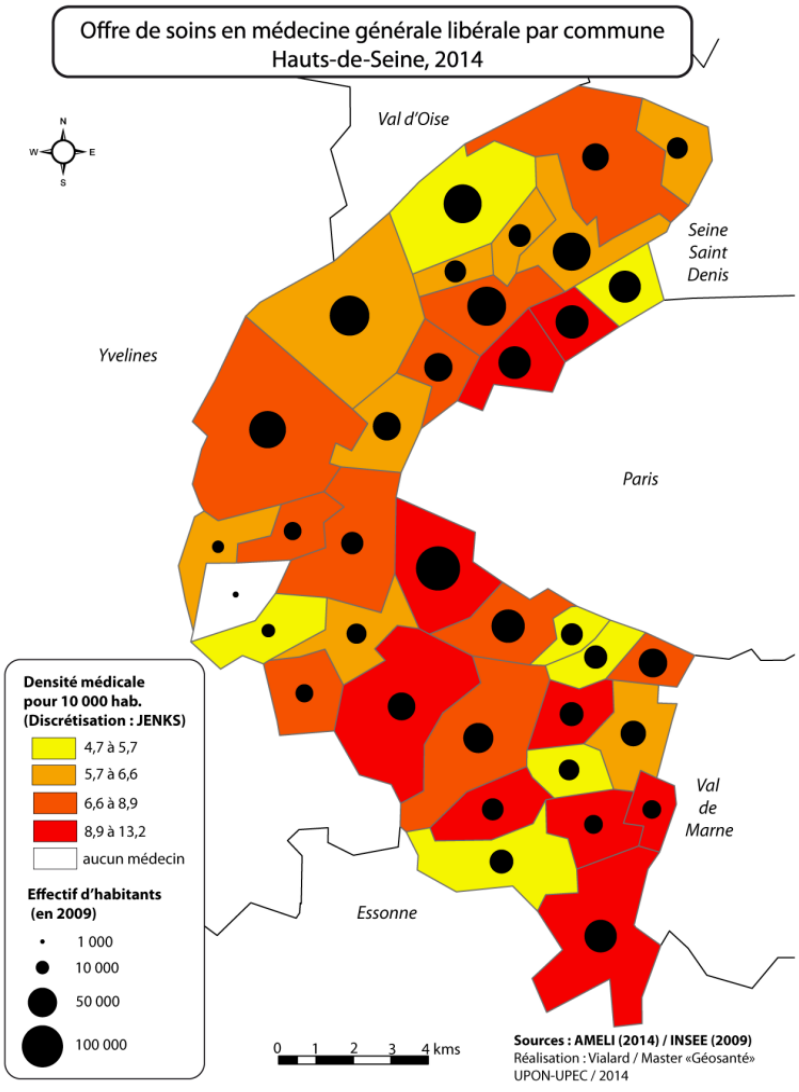
Le médecin généraliste, dont le rôle de « pivot du parcours de soins » a été réaffirmé par le nouveau Plan Cancer 2014-2019, rencontrerait ainsi des difficultés pour se positionner dans ce domaine. Hiérarchiquement dominé par l'hôpital qui gère l'essentiel du traitement actif, il a été relégué à une place marginale dans la prise en charge des patients cancéreux (*Bungener L. et al. - 2009*). Néanmoins la chronicisation de la maladie a bousculé cet état des choses car les malades ont besoin des soins médicaux associés à un suivi au long court pour évoluer positivement vers la rémission. Le médecin traitant joue un rôle central dans ce parcours, c'est pourquoi il est aujourd'hui revalorisé. Concernant le cancer du sein, il s'agit du professionnel qui oriente les femmes vers le dépistage et le diagnostic précoce. Les gynécologues médicaux libéraux participent également à cet aiguillage en amont de la prise en charge hospitalière. Ce sont ces professionnels de ville qui adressent les femmes à l'hôpital, en fonction de critères bien spécifiques. Selon une enquête réalisée par la Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et de la statistique (DREES), le médecin spécialiste est surtout choisi en fonction de critères relationnels, notamment la qualité du retour de l'information. Plus de 80 % des généralistes enquêtés aurait pris en compte l'habitude de travailler avec les confrères dont ils sont certains qu'ils les tiendront informés. Environ 70 % d'entre eux auraient tenu compte de la réputation du spécialiste tandis que 65 % auraient pris en considération la proximité avec le domicile du patient. Il existe donc des réseaux professionnels informels entre les médecins de ville et les médecins hospitaliers (*DREES – 2008*).

Quelles formes peuvent-ils prendre en ce qui concerne la prise en charge du cancer du sein dans les Hauts-de-Seine ? Mais avant tout, comment se répartissent les professionnels de soins primaires et secondaires au sein du département ?

2) Accessibilité aux soins primaires : médecine générale et gynécologie

L'Ile-de-France enregistre une importante offre de soins primaires, autant dans le domaine de la médecine générale que spécialisée. La densité moyenne de médecins généralistes s'élevait effectivement à 8,3 pour 10 000 habitants en 2012 (*Agence régionale de santé d'Ile-de-France (ARS IDF) – 2014*), soit l'une des plus élevée en France. Le département des Hauts-de-Seine enregistre un chiffre légèrement inférieur à la moyenne régionale, puisque le nombre de médecins généralistes était de 7,7 pour 10 000 habitants sur la même période. De plus, 75 % des professionnels en activité étaient âgés de plus de 50 ans en 2012 (*ARS IDF – 2012*). Quelle sera la situation en termes de disponibilité de l'offre en médecine générale d'ici quelques années ? La distribution spatiale de ces professionnels est par ailleurs très contrastée en fonction des communes.

Carte n°23



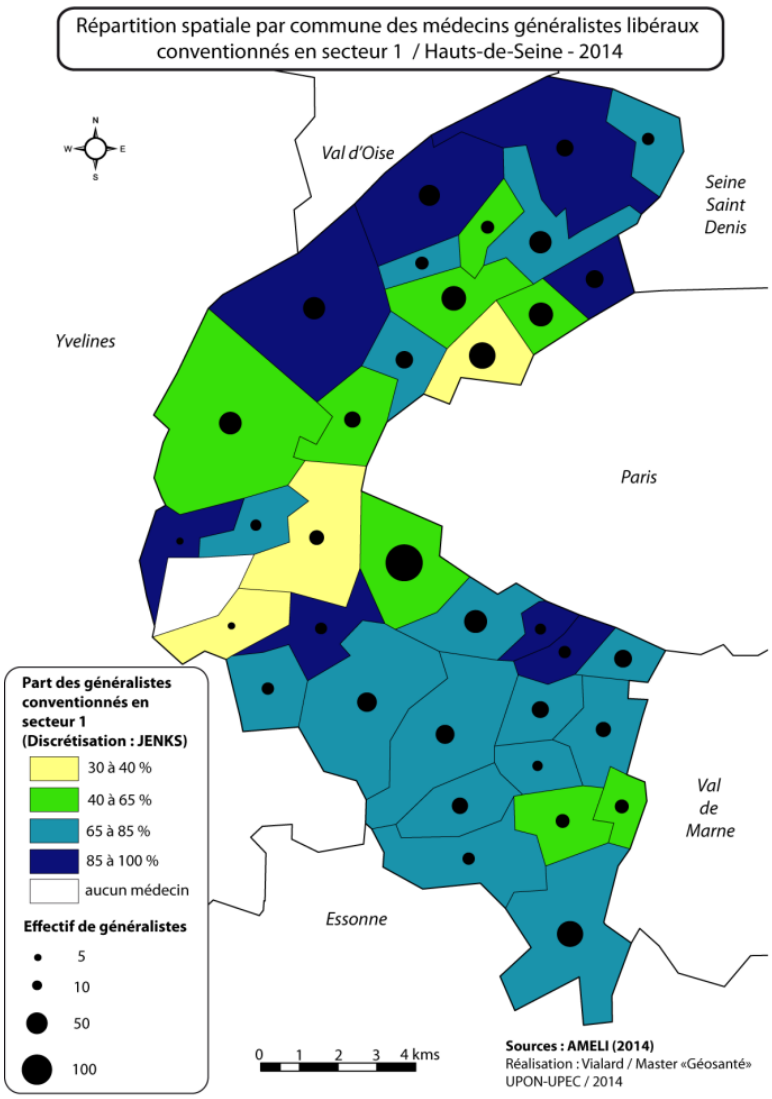
A travers cette carte, nous pouvons voir que la majorité des villes se situe en dessous de la moyenne francilienne, et ce indépendamment du profil socio-économique des communes. De plus, nous ne retrouvons aucun gradient marqué, chacune des villes semblant présenter une situation particulière.

Ville d'Avray affiche le plus faible taux avec 4,7 médecins pour 10 000 habitants, mais les communes limitrophes sont relativement mieux dotées. Colombes, Clichy tout comme Vanves, Malakoff, Fontenay-aux-Roses ou Châtenay-Malabry accueillent également peu de médecins généralistes. Elles ont par ailleurs des histoires urbaines et sociales très différentes. Quels pourraient être les facteurs à l'origine de ces situations ?

En parallèle, certaines villes affichent un effectif de généralistes particulièrement élevé. Les mieux dotées sont Antony avec 11,6 médecins pour 10 000 habitants, Neuilly-sur-Seine (12,6 / 10 000) et Boulogne où les habitants disposent de 13 médecins pour 10 000 personnes.

Au-delà de la disponibilité de l'offre en médecine générale, il est intéressant de s'interroger sur la sectorisation des professionnels. En effet, elle détermine largement les possibilités d'accès aux soins primaires des personnes démunies. Or les médecins conventionnés en secteur 1 ne sont pas les plus représentés dans toutes les communes.

Carte n°24

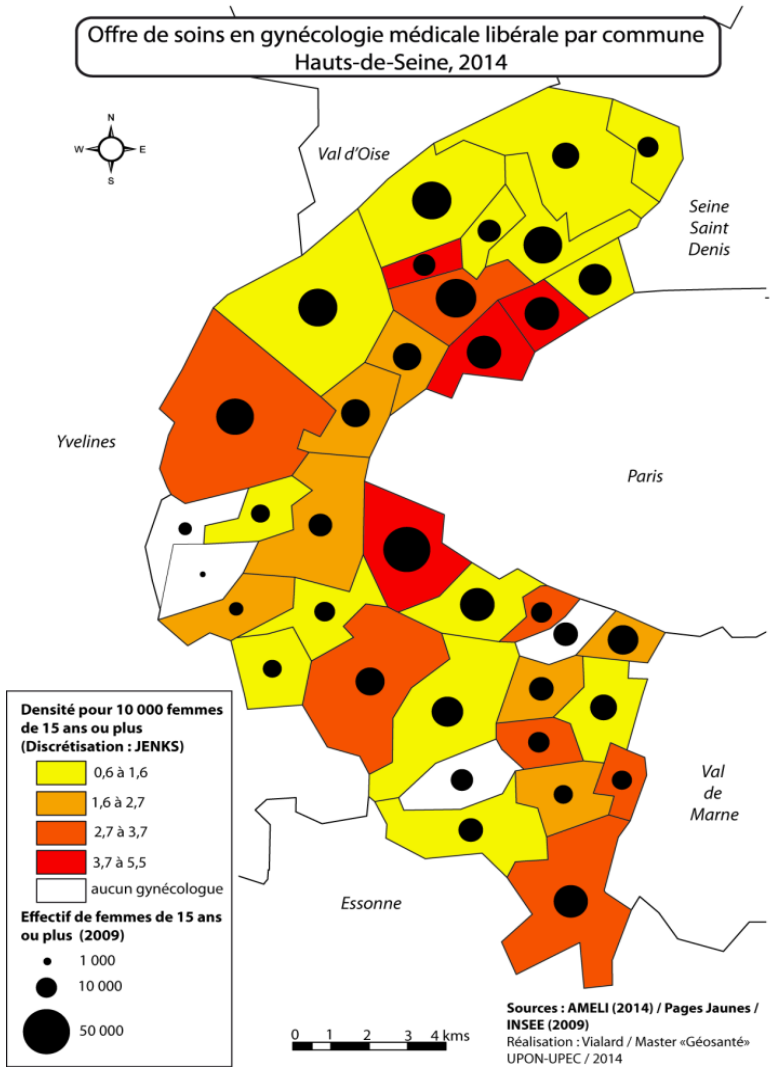


On s'aperçoit que les villes populaires du Nord du département enregistrent globalement de forts taux de médecins conventionnés en secteur 1, à l'image de Gennevilliers, Nanterre, Colombes ou Clichy. Les communes de Malakoff et de Vanves sont également mieux dotées dans ce domaine. Il est important de le noter puisqu'elles accueillent par ailleurs peu de médecins généralistes. Au sein des communes plus favorisées comme Courbevoie, Levallois, Bois-Colombes, Suresnes ou Rueil-Malmaison, les professionnels en secteur 1 ne représentent que 40 à 65 % des médecins. Dans ce contexte, nous pouvons nous interroger sur la possibilité des habitants des cités-Jardins de Suresnes ou du quartier des « Fouilleuses » à Rueil-Malmaison d'accéder facilement aux soins primaires. Par ailleurs, Neuilly-sur-Seine, Saint-Cloud et Ville d'Avray enregistrent moins de 40 % des généralistes en secteur 1

Concernant l'offre en gynécologie médicale de ville, le gradient est beaucoup plus marqué entre les communes aisées et plus défavorisées (cf. carte page suivante). Gennevilliers enregistre le plus faible effectif de médecins gynécologues, avec une densité de 0,6 pour 10 000 femmes en 2012. Ce chiffre est inférieur à la moyenne française (0,76 gynécologues pour 10 000 femmes en 2012) et francilienne (1,2 pour 10 000 femmes sur la même période) (*ARS IDF – 2012*). Dans le Sud du département, les communes de Bagneux ou Malakoff sont également relativement dépourvues dans ce domaine. Cependant les villes plus favorisées comme la Garenne-Colombe, Neuilly-sur-Seine accueillent en moyenne 4,3 gynécologues pour 10 000 femmes. Rueil-Malmaison et Boulogne enregistrent des densités respectives de 3,6 et 5,5 pour 10 000 femmes de plus de 15 ans.

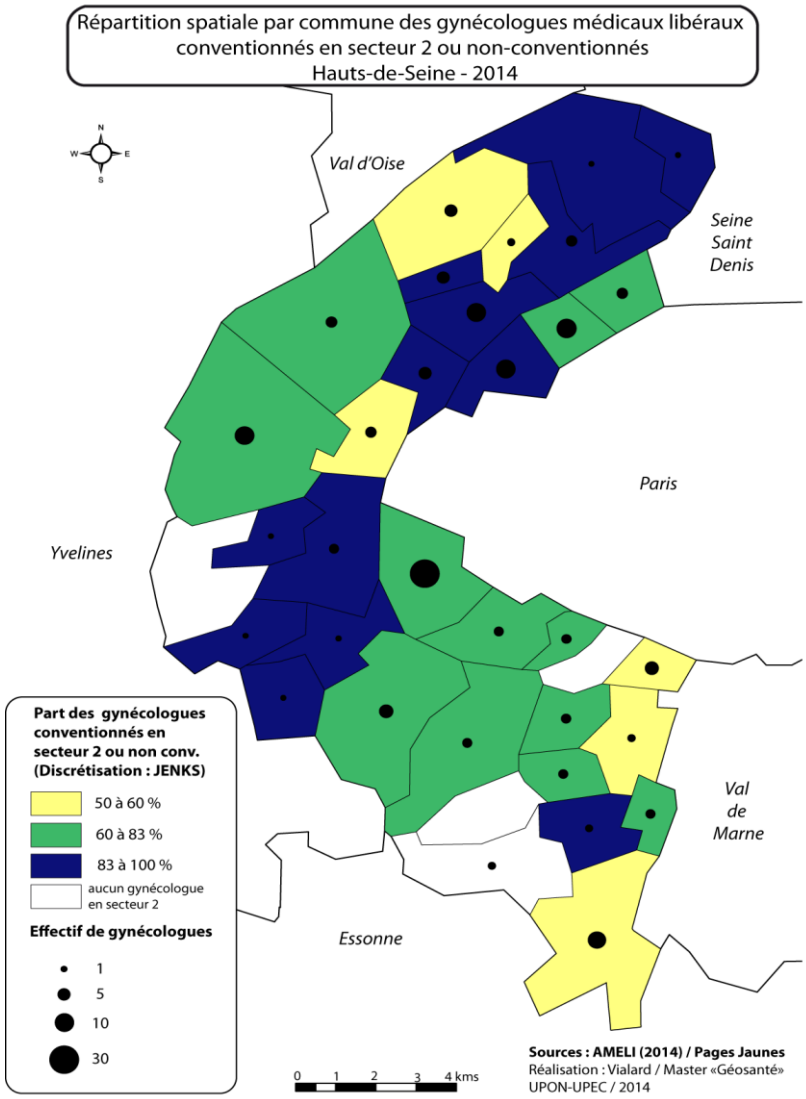
Néanmoins, les communes moins densément peuplées n'ont parfois aucun gynécologue sur le territoire (à l'instar de Vaucresson ou de Marnes-la-Coquette).

Carte n°25



En ce qui concerne la sectorisation des gynécologues, ils sont en moyenne 80 % à être conventionnés en secteur 2 sur le département. Plus de 80 % d'entre eux ont la possibilité d'effectuer des dépassements d'honoraires dans des villes globalement défavorisées comme Gennevilliers ou Villeneuve-la-Garenne. Sans surprise, les praticiens des villes très favorisées comme Neuilly-sur-Seine, ou du noyau bourgeois au cœur du département sont quasiment exclusivement conventionnés en secteur 2. Les gynécologues du Sud du département sont plus équitablement répartis entre les deux secteurs : Clamart et Vanves enregistrent 65 % de ces spécialistes en secteur 2 tandis que la moitié des praticiens de Bagneux et Montrouge sont conventionnés en secteur 1. On notera que Colombes est la seule ville populaire du Nord du département dont la moitié des gynécologues proposent les tarifs de la sécurité sociale (cf. carte page suivante).

Carte n°26

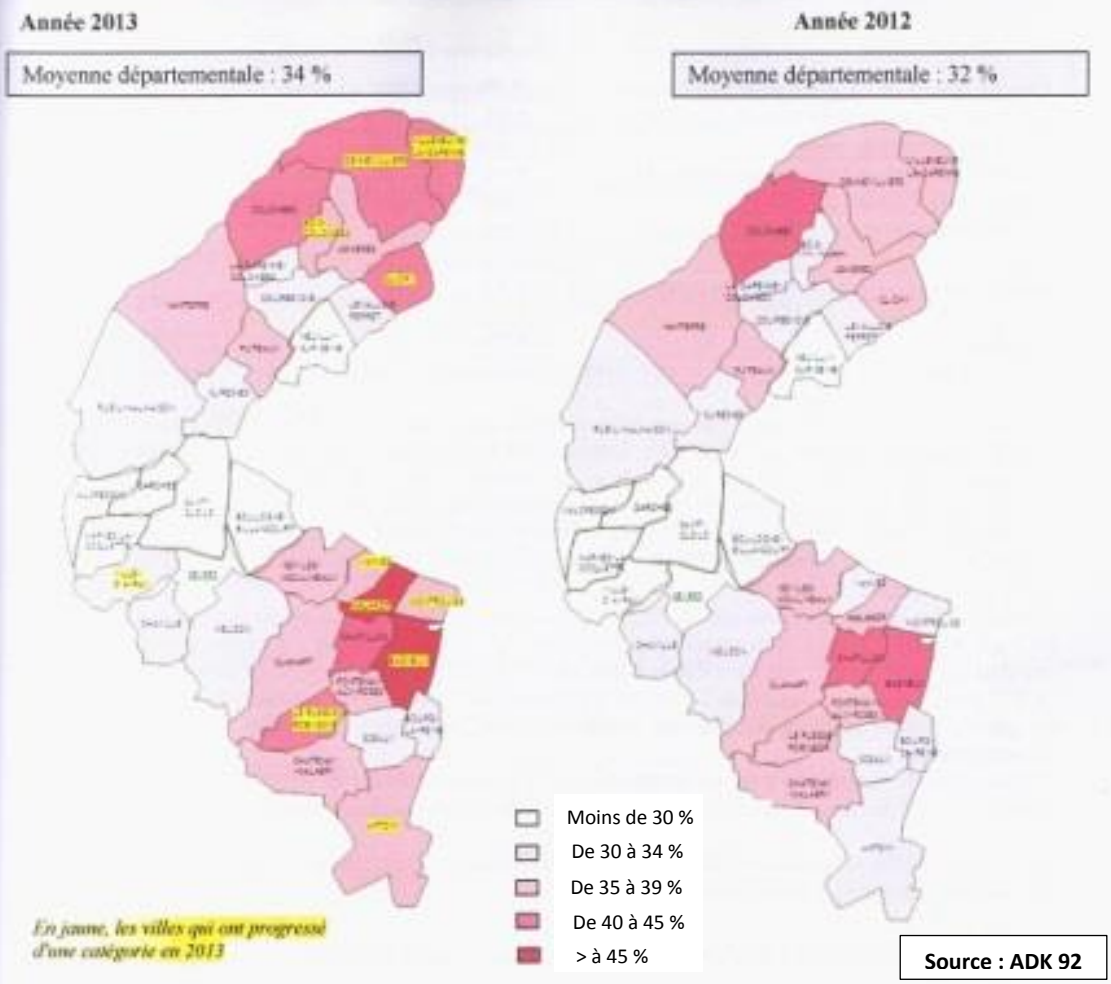


Ces données, encore une fois, sont présentées ici comme informations de cadrage. A l'échelle des communes, il est difficile de mettre en exergue une quelconque tendance. Néanmoins, nous pouvons d'ores et déjà nous apercevoir que certaines villes souffrent particulièrement d'une carence de l'offre de soins de premiers recours. Dans le cadre du vieillissement des professionnels libéraux, cette situation est susceptible de poser problème en termes d'accès aux soins dans un avenir plus ou moins proche. Nous veillerons à nous intéresser, à fine échelle, à la répartition des médecins en fonction des quartiers ainsi qu'à l'impact sur l'accessibilité physique aux praticiens selon le lieu de vie des femmes souffrant d'un cancer du sein.

3) L'insuffisante participation au dépistage, facteur de retard de diagnostic ?

Pour endiguer la croissance du cancer du sein, la direction générale de la santé (DGS) a initié, dès le milieu des années 1990, un programme de dépistage organisé gratuit par mammographie (DO) (*Ancelle-Park R., Séradour B., Viguier J. et al. – 2012*). L'organisation du dépistage des cancers a été confiée à l'INCa, relayé par des structures de gestion à l'échelle départementale. L'association chargée de cette mission dans les Hauts-de-Seine s'appelle ADK 92. A partir des études épidémiologiques réalisées dans différents pays proposant un programme similaire, la Haute Autorité de Santé (HAS) a largement modifié ses recommandations (*ibid.*). Elle préconise désormais, dans un cahier des charges voté par arrêté ministériel en 2001 (mis à jour en 2006) : la réalisation de 2 clichés (face et profil) par sein tous les 2 ans (invitation envoyée par la structure de gestion départementale), un examen clinique associé à la mammographie, un bilan diagnostique immédiat dans le cas d'un cliché anormal, une double lecture des mammographies non-suspectes ainsi que l'élargissement de la tranche d'âge de 50-69 ans aux femmes de 50-74 ans. Le dépistage organisé a ensuite été généralisé à l'ensemble du territoire français en 2004, sous l'impulsion du premier plan cancer. Cependant, une importante polémique au sujet de son impact sur la mortalité et du risque de surdiagnostic est toujours en cours au sein de la communauté scientifique (*Duffy S.W., Paci E. – 2012).* En dépit du fait que l'INCa ait récemment réaffirmé son bien-fondé, le taux de participation au DO reste insuffisant en France. En effet, il s'élevait à 52,7% en 2011, tandis que le référentiel européen évoque une participation « acceptable » d'au minimum 70% (*InVS – 2012)*. Dans le département des Hauts-de-Seine, le taux de participation était de 34 % en 2013 ce qui est particulièrement faible (cf. carte page suivante). Malakoff et Bagneux sont les communes les plus participantes qui ont dépassé le cap des 45 % l'an dernier. Bois-Colombes, Antony, Montrouge et Vanves obtiennent un taux de participation inférieur à 40 % mais ont progressé entre 2012 et 2013. Les villes populaires comme Gennevilliers, Villeneuve-la-Garenne, Clichy ou Colombes ont enregistré des taux entre 40 et 45 %, ce qui équivaut environ à la moyenne francilienne. A contrario, les communes aisées et « huppées » participent extrêmement peu au DO. Nous pouvons soupçonner le fait que les femmes recourent davantage au DI, même si nous ne pouvons pas le démontrer à travers des chiffres exhaustifs. Au final, il semble que ce soit davantage le niveau socio-économique des communes qui influence la participation au dépistage organisé. Il sera intéressant, dans le cadre de notre problématique, de s'interroger sur l'éventuel lien entre le retard de diagnostic, le profil socio-économique et l'accessibilité physique au dépistage à l'échelle des IRIS.

Cartes n°27 et 28 : Participation au dépistage organisé dans les communes des Hauts-de-Seine : Comparaison entre 2012 et 2013



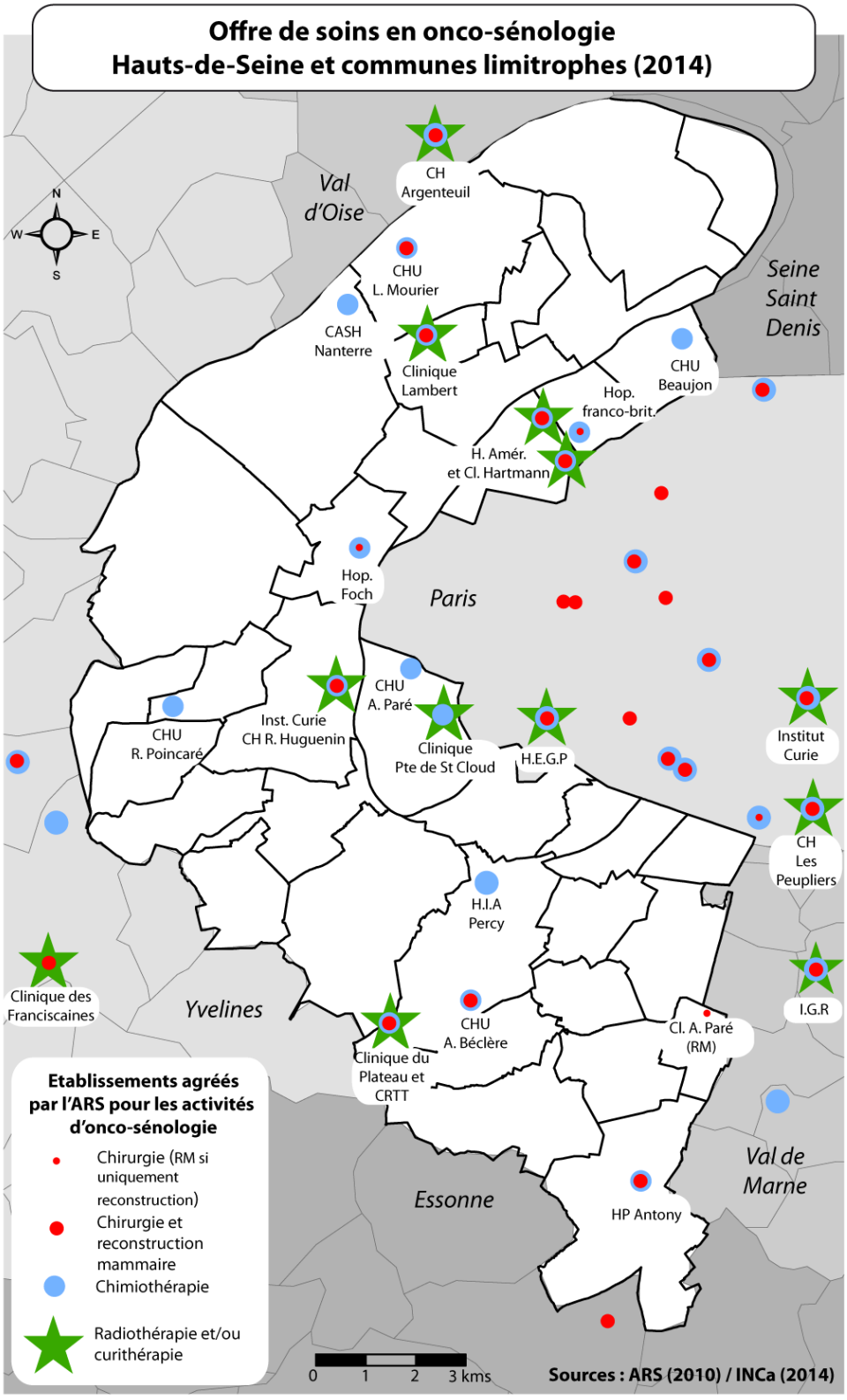
Source : ADK 92

Une fois le diagnostic posé, quelle offre de soins en onco-sénologie existe-t-il sur le territoire alto-séquanais ? Le département est-il bien doté en établissements spécialisés ?

4) Soins en onco-sénologie : une riche offre publique et privée

Les soins hospitaliers en onco-sénologie concernent la chirurgie curative et réparatrice, la chimiothérapie et la radiothérapie. Nous avons expliqué précédemment que tous les établissements ne peuvent pas proposer ces services. Ils doivent être agrémentés par l'ARS après avoir justifié d'un certain seuil d'activités. C'est pourquoi les hôpitaux qui offrent la totalité du panel de soins enregistrent globalement une activité importante. Leur emplacement géographique dépend de l'histoire de chacun des établissements, les centres de lutte contre le cancer s'étant créés en parallèle de l'AP-HP.

Carte n°29 :



Réalisation : Vialard / Master «Géosanté» / UPON-UPEC / 2014

Nous pouvons voir sur cette carte que l'offre de soins spécialisés apparait relativement riche dans le département. Au Nord, la clinique Hartmann et la Clinique Lambert enregistrent une importante activité en onco-sénologie. Le centre de lutte contre le cancer de l'Institut Curie - René Huguenin se trouve à Saint Cloud et propose également une large gamme de services. L'Hôpital Foch ainsi que la Clinique de Saint Cloud viennent compléter cette offre centrale dans le département. Tandis que le CHU Antoine Béclère, la Clinique du plateau et l'Hôpital privé d'Antony desservent a priori le Sud du département. La proximité avec Paris (Institut Curie, Hôpital européen Georges Pompidou) et l'Institut Gustave Roussy de Villejuif permet au final une multiplicité de recours en fonction du choix des femmes et des conseils qui leur sont prodigués.

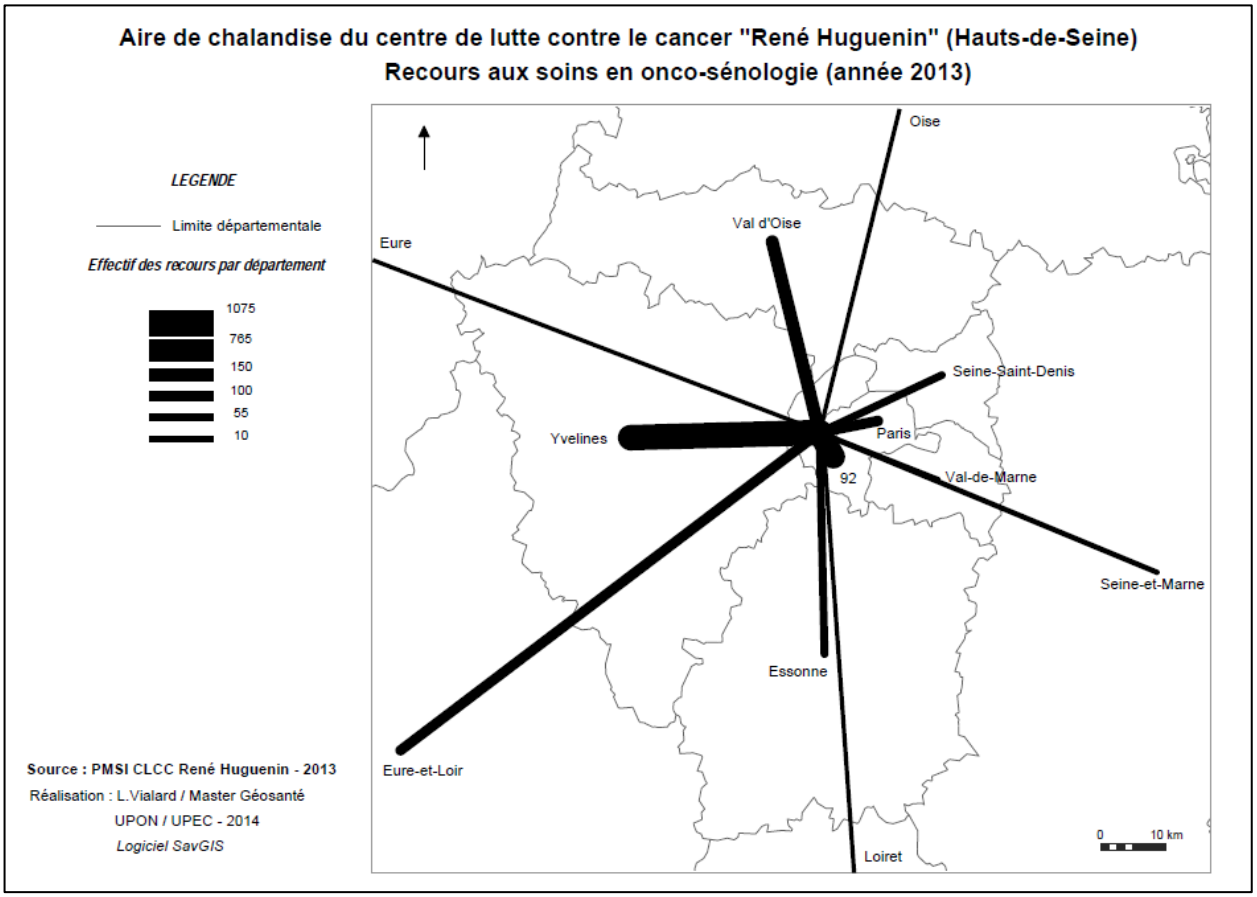
Cependant, certaines communes comme Gennevilliers, Villeneuve-la-Garenne ou Asnières-sur-Seine ne disposent pas de structures de soins à proximité immédiate. L'Ouest du département (Rueil-Malmaison, Vaucresson, Marnes-la-Coquette), tout comme les villes limitrophes avec le Val-de-Marne, ne sont pas desservies directement. Où les femmes de ces différentes communes se font-elles soigner ? Par ailleurs, la proximité permet-elle un égal recours en fonction des communes et des personnes ?

a) Etude de cas : les recours au CLCC Institut Curie – René Huguenin de Saint Cloud

Les centres de lutte contre le cancer sont des établissements hautement spécialisés dans la recherche et le traitement contre cette pathologie. Les patients sont ainsi susceptibles de venir de loin pour s'y faire soigner. L'aire de chalandise du CLCC dépasse ainsi les limites départementales puisqu'il recrute une majorité de sa patientèle en onco-sénologie en provenance des Yvelines. En effet pour l'année 2013, plus de 1070 femmes yvelinoises sont venues se soigner à Saint-Cloud pour 933 habitantes des Hauts-de-Seine. Un nombre relativement important de femmes d'Eure-et-Loir ont également recours aux soins au CLCC en ce qui concerne les traitements du cancer du sein.

Carte n°30

Aire de chalandise du centre de lutte contre le cancer "René Huguenin" (Hauts-de-Seine)
Recours aux soins en onco-sénologie (année 2013)

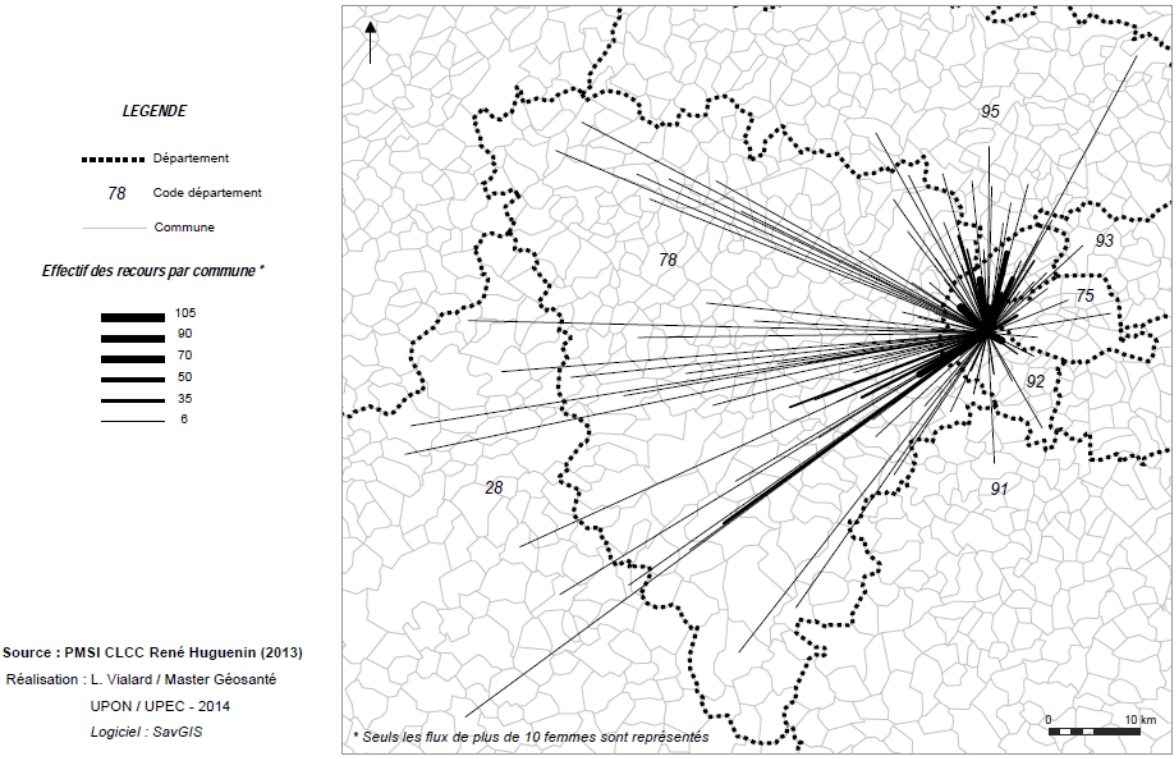


Le dense réseau routier centrifuge qui permet un accès rapide depuis la province pourrait expliquer ces recours fréquents quand bien même la distance est importante.

De plus à l'échelle des communes, on s'aperçoit que l'important flux en provenance des Yvelines est en réalité constitué d'une multitude de recours à partir de municipalités diverses (cf. carte page suivante). Y-aurait-il un médecin partenaire des spécialistes de l'Institut Curie au bout de chacune de ces lignes ? Il est probable que le réseau informel de soins joue un rôle majeur dans le dessin de ces itinéraires.

Carte n°31

Aire de chalandise du centre de lutte contre le cancer "René Huguenin" (Hauts-de-Seine)
Recours aux soins en onco-sénologie par commune (année 2013)

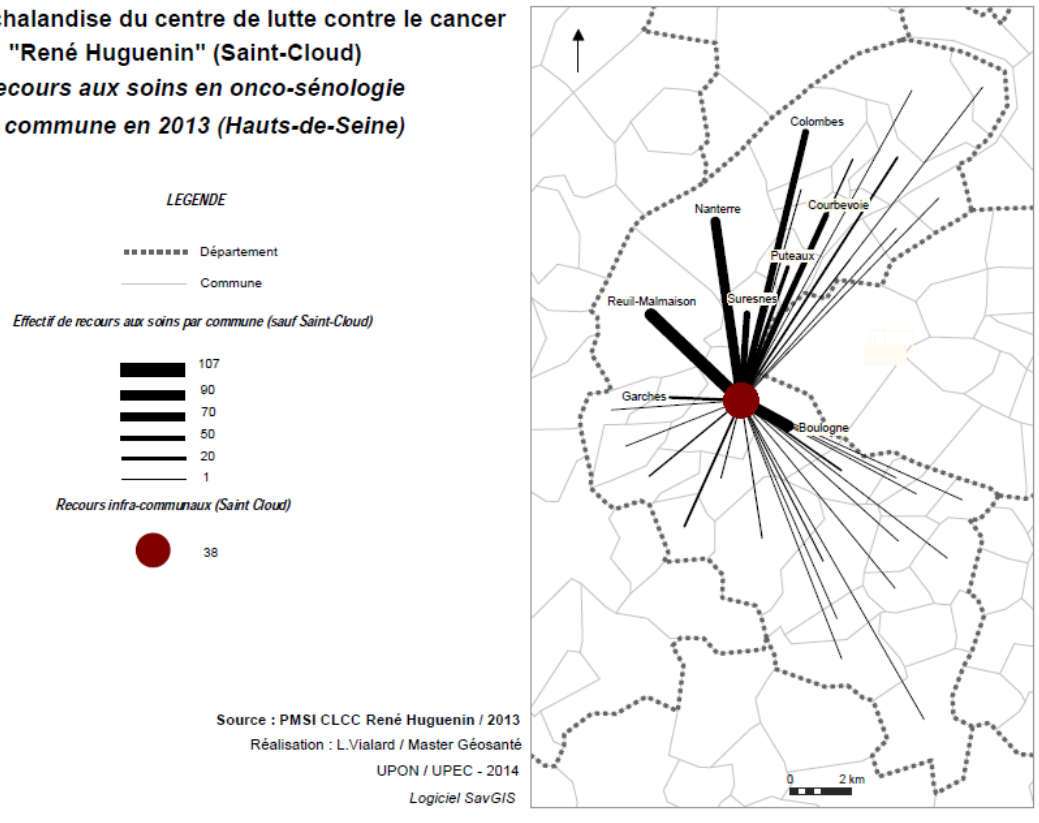


Source : PMSI CLCC René Huguenin (2013)
Réalisation : L. Vialard / Master Géosanté
UPON / UPEC - 2014
Logiciel : SavGIS

Enfin au sein du département des Hauts-de-Seine, il est probable que les recours aux soins soient conditionnés par la proximité mais également par la desserte en transports en commun.

Carte n°32

Aire de chalandise du centre de lutte contre le cancer "René Huguenin" (Saint-Cloud)
Recours aux soins en onco-sénologie par commune en 2013 (Hauts-de-Seine)

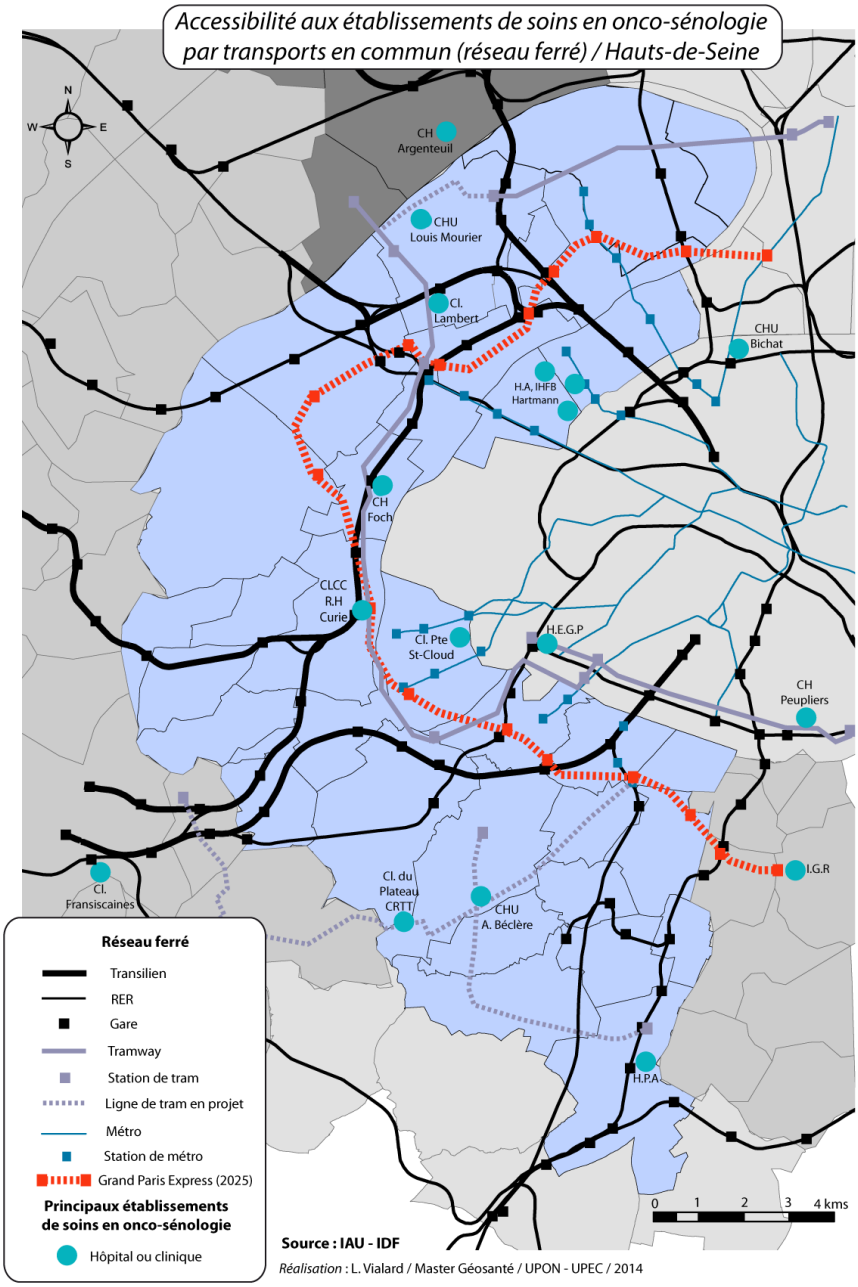


Source : PMSI CLCC René Huguenin / 2013
Réalisation : L.Vialard / Master Géosanté
UPON / UPEC - 2014
Logiciel SavGIS

Les habitantes de Rueil-Malmaison, de Boulogne et de Suresnes sont les plus représentées parmi la patientèle d'onco-sénologie du CLCC. Les femmes en provenance de Nanterre, de Colombes et de Courbevoie sont également relativement nombreuses. En revanche, très peu de patientes se déplacent des communes du Sud du département pour se faire soigner au Centre René Huguenin. L'aire de chalandise de l'hôpital est presque exclusivement portée vers le Nord des Hauts-de-Seine. Or si l'on observe la carte des transports en commun, on s'aperçoit que les recours suivent globalement le tracé du réseau. Aucune ligne ne permet de rejoindre directement le CLCC à partir de Meudon ou de Fontenay-aux-Roses par exemple. En revanche, la ligne du Transilien dessert les communes d'où les patientes proviennent en majorité. Il est évident que d'autres déterminants entrent en ligne de compte. Mais l'accessibilité à l'établissement via le réseau de transports, organisé de façon centrifuge avec la capitale, participe certainement à ces trajectoires. La mise en service du « Grand Paris Express », à partir de 2025, entrainera probablement un bouleversement des aires d'attractivité des établissements spécialisés d'Ile-de-France.

Carte n°33

Accessibilité aux établissements de soins en onco-sénologie par transports en commun (réseau ferré) / Hauts-de-Seine



Source : IAU - IDF

Réalisation : L. Vialard / Master Géosanté / UPON - UPEC / 2014

La proximité avec la capitale et des établissements réputés pourraient conduire certaines femmes à adopter des trajectoires particulières. On s'aperçoit par exemple que les habitantes de Saint Cloud n'ont recours que dans une faible proportion au CLCC Curie – Huguenin. Se dirigent-elles vers des établissements privés parisiens ? Les résidentes des communes limitrophes de la capitale s'orientent-elles davantage vers l'Institut Curie ou l'Hôpital européen Georges Pompidou ? D'après les informations transmises par une oncologue lors d'un entretien, les femmes de l'Ouest des Hauts-de-Seine se feraient régulièrement soigner à la Clinique des Franciscaines dans les Yvelines (*entretien du 21/04/14, Dr Bethune – Oncologue médicale au CLCC Curie – René Huguenin*). A contrario, la proximité immédiate de l'offre de soins pourrait être privilégiée dans certains cas. Les femmes de Colombes souffrant d'un cancer du sein, selon plusieurs professionnels rencontrés, se rendraient particulièrement au CHU Louis Mourier pour leur traitement (*entretien du 28/04/14 – Réseau de coordination en cancérologie SCOP*). Toutefois, il semblerait par exemple que les habitantes de Gennevilliers ou de Colombes souffrant d'un cancer du sein se rendent peu au CHU d'Argenteuil, pourtant relativement proche (*entretien avec le médecin coordinateur d'ADK 92 – 14/04/14*). Quels peuvent être les causes à l'origine de ces recours ?

En ce qui concerne la chimiothérapie, l'offre est riche pour les femmes qui souhaitent réaliser leur traitement dans un établissement plus proche de leur domicile que celui où elles ont été opérées. Au CHU de Beaujon, au CASH de Nanterre, à l'Hôpital Raymond Pointcarré de Garches ou encore à l'Hôpital d'instruction des armées, il est possible de bénéficier des séances de chimiothérapie en hôpital de jour.

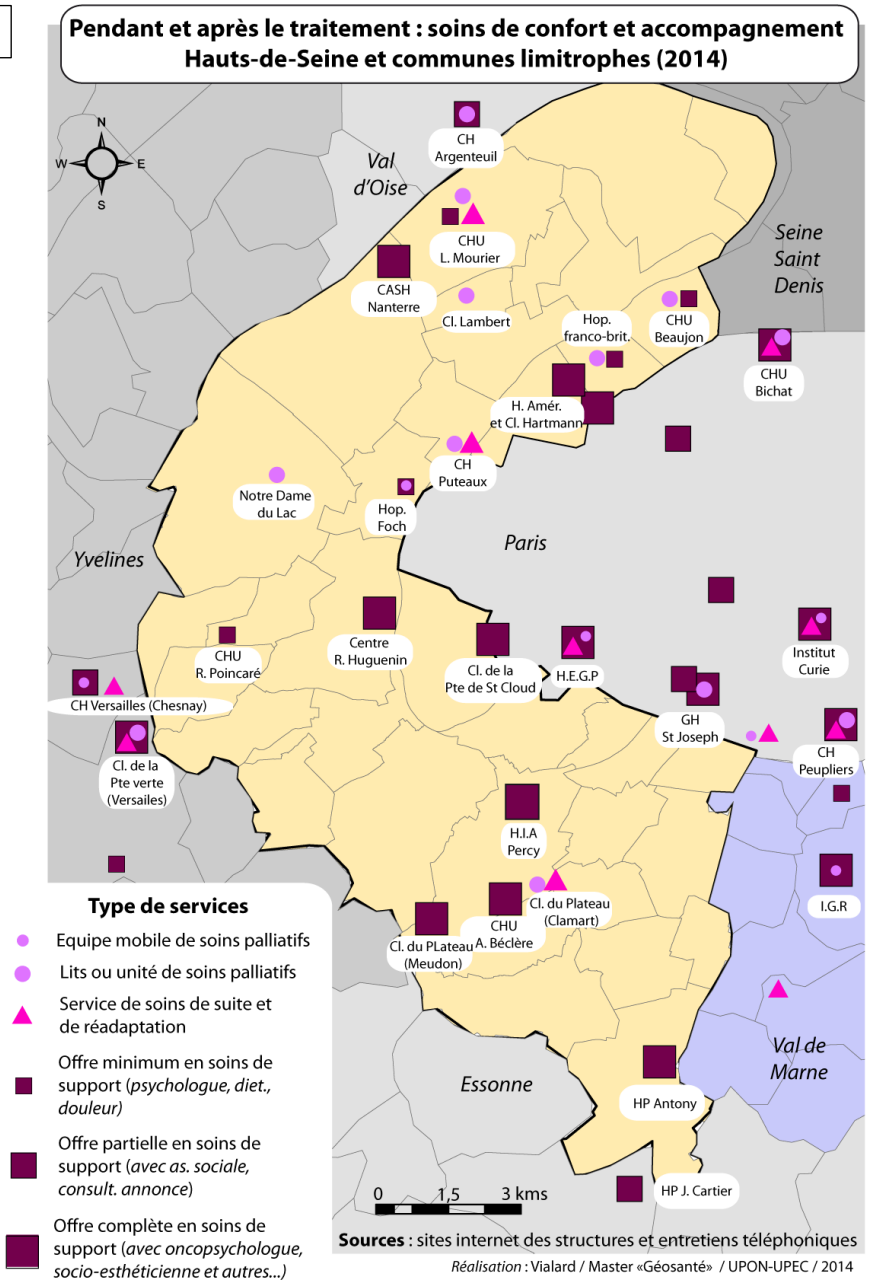
L'offre de radiothérapie est plus éparse puisqu'elle nécessite des équipements lourds extrêmement réglementés. Les « fuites » vers l'Institut Gustave Roussy, l'Institut Curie ou d'autres établissements habilités à administrer ces traitements sont d'autant plus probables dans ce domaine.

b) Soins de support et suites du traitement : une offre peu lisible

Dans une minorité des situations mais de façon encore trop importante, l'issue du cancer du sein peut être fatale. Dans ce cas, la disponibilité des lits de soins palliatifs est un critère de continuité des soins pour les femmes dont le pronostic est sombre. On s'aperçoit sur la carte n°35 (page suivante) qu'il existe peu d'unités et de lits de soins palliatifs au sein du département, même si le Nord des Hauts-de-Seine est mieux doté dans ce domaine. En effet, plusieurs établissements disposent de lits de soins palliatifs et Notre Dame du Lac propose une unité relativement importante. Mais le Sud du département, hormis la Clinique du Plateau, est très peu pourvu pour ce type de soins. Les personnes concernées doivent certainement être accueillies dans des établissements yvelinois ou parisiens pour cet accompagnement de fin de vie. Par ailleurs, les recours aux services de soins de suite et de réadaptation (SRR) est parfois nécessaire pour les femmes seules d'un certain

âge qui ont suivi un traitement fatiguant. Or les Hauts-de-Seine ne disposent que de trois unités consacrées à ces soins dans le département.

Carte n°34



Enfin, l'accès aux soins de support dépend des établissements. On s'aperçoit que ce sont globalement les hôpitaux qui proposent de la chirurgie et de la chimiothérapie qui sont les mieux dotés en la matière.

Cette carte a certainement omis quelques structures actives dans ces différents secteurs. Mais à ma connaissance, l'offre en soins palliatifs, en soins de suite et de support n'est recensée de façon systématique par aucun organisme. C'est pourquoi l'inventaire de cette dernière a été réalisé par téléphone et via les sites internet des établissements. Ainsi, les femmes n'ont certainement que très peu de visibilité sur sa répartition. Certains réseaux de cancérologie se sont attelés à recenser cette

offre afin de clarifier les services auxquels peuvent faire appel les femmes (*entretien du 25/04/14 – Dr Estocq, coordinatrice du réseau OSMOSE*).

c) Organisation professionnelle et réseaux de santé

Au-delà du réseau de transports et de l'accessibilité directe aux structures, nous avons vu que les réseaux informels de soins jouent un probable rôle dans le choix du lieu de recours. Mais comment se répartissent les tâches entre les établissements qui coopèrent sur un même territoire ? Par exemple à Clamart, le CHU Antoine Béclère propose une offre en chirurgie et en chimiothérapie mais ne dispose pas de service de radiothérapie. Où les professionnels orientent-ils les femmes après les deux premières étapes du traitement ? Vers la Clinique du Plateau ou vers d'autres établissements partenaires ?

Henri Bergeron et Patrick Castel ont proposé une théorie intéressante pour expliquer ces logiques d'organisation professionnelle (*Bergeron H. et al. – 2010*). Ils postulent que des acteurs « captants » c'est-à-dire qui maitrisent l'essentiel de la trajectoire des patients, délèguent à des professionnels « non captants » des soins de façon ponctuelle. En effet, il explique comment les établissements spécialisés peuvent passer un accord tacite avec des médecins ou d'autres structures de soins pour coordonner la prise en charge à travers une hiérarchie reconnue implicitement. Pour fonctionner, cette organisation doit satisfaire les deux partenaires de l'équipe. Prenons l'exemple d'un médecin généraliste qui entretient un lien particulier avec un établissement de soins. Il ne continuera à coopérer que si les spécialistes lui communiquent les informations dont il a besoin et lui témoignent une certaine considération. Pareillement, la structure de soins a tout intérêt à soigner la relation avec ce médecin pourvoyeur de patients qui assure son fonctionnement. Les conflits surgissent quand les professionnels « captants » imposent leur pouvoir aux « non captants », ou lorsque l'un ou l'autre ne parvient pas à trouver un équilibre. Ainsi se créent les réseaux de soins pérennes, qui s'organisent territorialement au fil du temps. Les réunions de concertation pluridisciplinaire (RCP), quand elles s'organisent entre plusieurs établissements, peuvent représenter un outil pour faciliter ce type de coopération. Mais si l'on prend l'exemple des structures hautement spécialisées comme le centre de lutte contre le cancer René Huguenin, elles proposent un panel complet de soins en onco-sénologie c'est pourquoi les RCP ne réunissent que des professionnels de l'établissement.

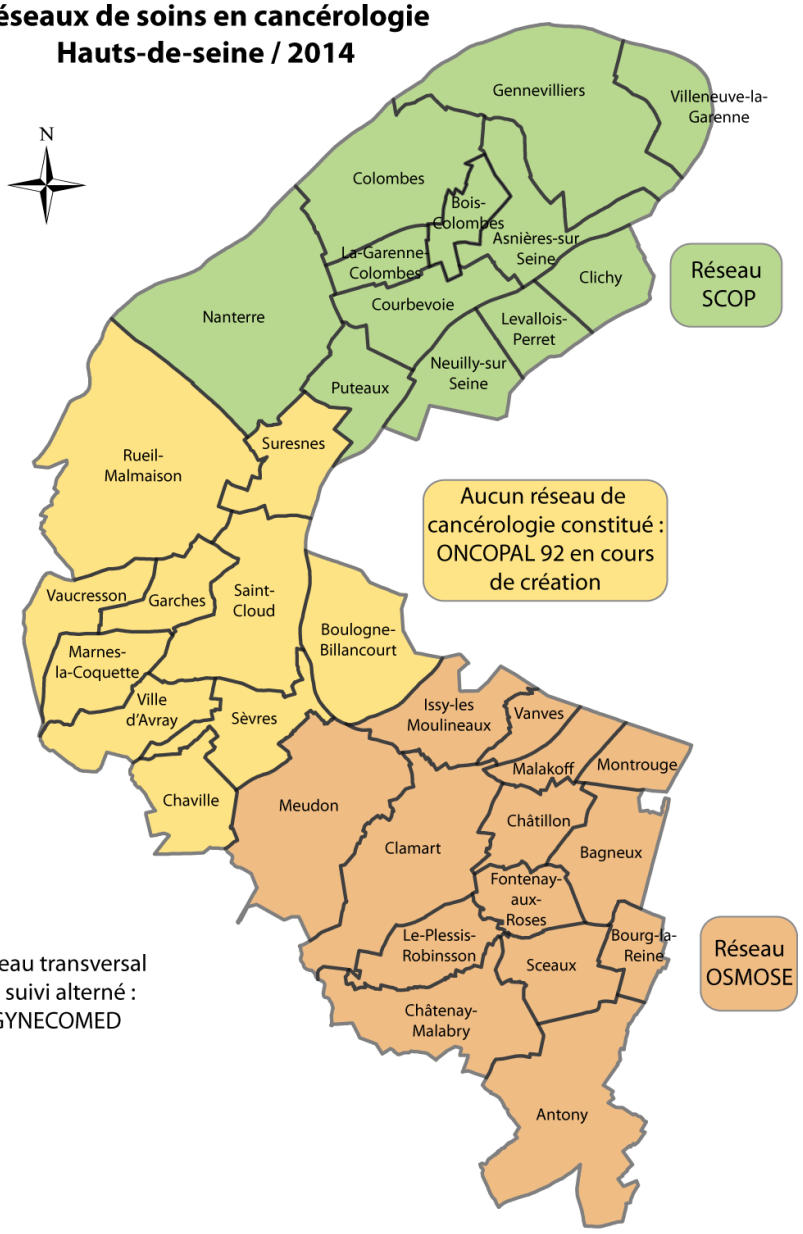
Les réseaux formels de soins sont venus « sanctionner » ces formes de coopération préétablie. Autrement dit, ils viennent proposer un cadre différent à un fonctionnement réticulaire existant de longue date (*Bergeron H. et al. – 2010*). Dans le domaine de la cancérologie, ces réseaux ont pris une existence légale à partir de mars 2002 au même moment que la loi relative au médecin traitant. Ils ont ainsi introduit un véritable changement de paradigme dans la prise en charge des

patients souffrant d'un cancer. La notion de « parcours de santé » centrée sur la personne, s'est substituée au « parcours de soins » organisé autour des institutions (*DGOS – 2012*). Ce bouleversement est venu littéralement ébranler les formes de coopération entre les professionnels de santé. Les établissements et les acteurs, habitués à travailler autrement, n'envisageraient pas l'utilité du réseau. Selon Henri Bergeron et Patrick Castel, l'appariement « captants / non-captants » préalable à la création des réseaux formels de soins est une condition nécessaire à leur fonctionnement (*Bergeron H. et al. – 2010*). C'est pourquoi les réseaux territoriaux de cancérologie prennent des formes multiples en fonction de l'historique de leur constitution, des territoires et des personnes (*ONCORIF – 2009*).

Dans les Hauts-de-Seine, il existe actuellement deux réseaux territoriaux pour trois secteurs administratifs.

Carte n°35

Territoires d'intervention des réseaux de soins en cancérologie Hauts-de-seine / 2014



Source : ONCORIF

Réalisation : L.Vialard / Master «Géosanté» / UPON - UPEC / 2014

Selon le témoignage de plusieurs professionnels, le centre du département ne serait pas couvert par ce type d'organisation du fait de conflits entre les acteurs locaux de santé (*Dr Estocq – entretien le 25/04/14 / Mme Sévelec – entretien du 07/05/14*). Certaines logiques de « captation de patientèle » conflictuelles entraveraient les liens entre ces structures de soins. Un réseau serait aujourd'hui en voie de constitution sur ce territoire, même si les financements sont plus difficiles à obtenir depuis la loi Bachelot en 2009 (*Dr Boiron – entretien le 15/05/14*). Les deux autres réseaux, OSMOSE et SCOP, fonctionnent grâce à un nombre de professionnels limités pour l'ampleur de la tâche qui leur incombe. En effet, ils assurent à la fois la coordination entre les établissements de traitement du cancer et le lien ville-hôpital (*ONCORIF – 2012*). Accueil téléphonique des patientes, communication sur l'offre de soins de support, animation d'ateliers de bien-être, coordination et formation des professionnels sont autant de missions que remplissent ces professionnels avec des moyens relativement restreints (*entretien OSMOSE – 25/04/14 / entretien réseau SCOP – 28/04/14*). Le réseau GYNECOMED propose un suivi alterné entre le gynécologue de ville et le spécialiste hospitalier pour les femmes qui ont souffert d'un cancer du sein. Son périmètre d'activité ne se limite cependant pas au département des Hauts-de-Seine. Il est intéressant de noter que lors des entretiens à l'occasion desquels j'ai pu rencontrer ces équipes, elles m'ont reçue avec beaucoup d'engouement ce qui traduit bien les écueils auxquels elles se confrontent. La coordination est très difficile à organiser car elle revêt de multiples aspects, d'autant plus dans le domaine de la cancérologie. L'hôpital et la ville, le médecin spécialiste et le généraliste, l'assistante sociale et la socio-esthéticienne jouent tous un rôle fondamental pour une prise en charge globale de la personne. Et pareillement, les individus présentent une multiplicité de profils et de besoins auxquels il faut adapter les réponses.

Quelle est la plus-value de la présence de ces organisations réticulaires sur les territoires alto-séquanais ? Les femmes résidant dans le centre du département rencontreraient-elles plus de difficultés pour accéder aux informations dont elles ont besoin ? Comment s'organise localement cet « appariement captants / non-captants » et en quoi cet agencement influence-t-il les trajectoires de santé des femmes ? Après avoir exposé les éléments qui intéressent notre problématique dans le département, nous allons formuler nos hypothèses et décliner la méthodologie de recherche qui leur est relative. Les Hauts-de-Seine se caractérisent par une diversité considérable en termes de topographie, d'inégalités sociales, de morphologie urbaine, de possibilité de recours aux soins et d'histoire. Ce département apparait comme un terrain très riche pour interroger la problématique de la continuité des soins en ce qui concerne une pathologie chronique. Le cancer du sein, dont la prise en charge nécessite l'intervention d'acteurs pluridisciplinaires, pourrait-il être la source de trajectoires empreintes de « cultures » locales des soins et du cancer ?

Partie C : Présentation de la méthodologie de recherche

Hypothèses, objectifs et méthodes

I. Question de recherche et hypothèses

Notre approche propose d'introduire une nouvelle dimension dans la recherche contre le cancer du sein grâce à la combinaison d'un travail quantitatif et qualitatif, réalisés à fine échelle. L'analyse spatiale des indicateurs sanitaires et sociaux qui intéressent notre problématique sera effectuée à l'échelle des Hauts-de-Seine et des communes du département. En parallèle, une recherche qualitative au niveau du territoire de vie des femmes nous permettra de disséquer le système de facteurs à l'origine des inégalités socio-territoriales face à cette pathologie.

A partir des éléments que nous avons exposés tout au long de ce travail, nous pouvons résumer la question générale qui va guider notre recherche de la façon suivante : **existe-t-il des inégalités socio-territoriales en ce qui concerne le cancer du sein dans les Hauts-de-Seine, et quels sont les fondements de la constitution de cette géographie ?** En quoi le territoire, produit de destins individuels et de construits sociaux, enjeu des rapports entre les acteurs sanitaires et politiques, participe-t-il à façonner le dessin collectif des trajectoires de soins des Alto-séquanaises ?

1) Axe de recherche n°1 : l'épidémiologie du cancer du sein dans les Hauts-de-Seine est spatialement contrastée (ou homogène)

Cette série d'hypothèses dépend étroitement des résultats de notre première analyse spatiale. Nous allons donc les décliner en fonction des possibilités qui pourraient se présenter à nous, au cours de l'étape initiale de la recherche.

a) Des inégalités d'incidence sont significativement observables, tandis que la mortalité est globalement identique en fonction des communes

Certains auteurs ont exposé le fait que les inégalités d'incidence face au cancer étaient spatialement plus conséquentes que les inégalités de mortalité à l'échelle des zones d'emploi (*Salem G. et al. – 2006*). Serait-il possible que ce soit le cas concernant l'épidémiologie du cancer du sein au niveau des communes des Hauts-de-Seine ? Dans cette situation, les inégalités socio-territoriales face à ce cancer seraient le résultat d'une accumulation de facteurs de risque qui se situent en amont du diagnostic. Au regard de la revue de littérature que nous avons exposée en première partie de ce travail, les hypothèses que nous pourrions formuler seraient les suivantes :

- *Hypothèse n°1 :* les communes socio-économiquement défavorisées affichent un taux d'incidence de cancer du sein plus important que les communes aisées.
- *Hypothèse n°2 :* l'incidence du cancer du sein reste plus importante dans les communes où les femmes sont globalement plus âgées : par exemple Neuilly-sur-Seine, certaines villes du centre (Vaucresson, Marnes-la-Coquette, Garches, Rueil-Malmaison) et du Sud du département (Sceaux ou Fontenay-aux-Roses).

- *Hypothèse n° 3 :* le système de soins et de lutte contre le cancer du sein permet de corriger les inégalités d'incidence.

b) Il n'existe pas d'inégalités d'incidence mais la mortalité est significativement contrastée en fonction des communes

Dans cette situation, les inégalités socio-territoriales face au cancer du sein seraient probablement liées à un retard de diagnostic et à un défaut de prise en charge particulièrement prononcés dans certaines communes.

- *Hypothèse n°4* : les communes les plus socialement défavorisées enregistrent davantage de retards de diagnostic :

  - Ces derniers s'expliquent en partie par une moindre participation au dépistage du cancer du sein (DO et DI).

  - Le diagnostic tardif entraine un traitement plus lourd et des séjours hospitaliers plus longs, avec tous les effets secondaires que cela implique.

  - Le retard de diagnostic est synonyme de pronostic plus défavorable.
- *Hypothèse n°5 :* l'accessibilité aux soins primaires (densité et disponibilité en médecine générale et en gynécologie médicale, politiques municipales plus ou moins engagées pour la santé) influence la précocité du diagnostic et indirectement, la mortalité par cancer du sein.
- *Hypothèse n°6* : l'accessibilité aux soins secondaires en onco-sénologie joue un rôle important dans la continuité de la prise en charge.
- *Hypothèse n°7* : la densité des réseaux informels de soins, visible à travers les flux des patientes vers les établissements, participe à limiter les ruptures de traitement et favorise la continuité des soins.

c) Nous pouvons observer à la fois des inégalités significatives d'incidence et de mortalité par cancer du sein dans les Hauts-de-Seine

Les hypothèses n°1 à 7 seront simultanément interrogées. Mais d'autres questions seront susceptibles d'être posées :

- *Hypothèse n°8* : les villes où l'effectif de cas incidents est le plus important (villes défavorisées et communes dont la population est globalement plus âgée), sont celles où le nombre de décès par cancer du sein est le plus élevé.
- *Hypothèse n°9 :* néanmoins, les villes qui affichent les plus forts taux d'incidence ne sont pas systématiquement celles qui présentent les plus forts taux de mortalité par cancer du sein : les femmes résidant dans les communes concernées par les retards

de diagnostic et les éventuels défauts de prise en charge, enregistrent un nombre de décès plus élevé comparativement au nombre de cas incidents.

d) Aucune disparité d'incidence et de mortalité ne sont observables à l'échelle des communes alto-séquanaises

- *Hypothèse n° 10 :* certaines inégalités de qualité de vie pendant et après la maladie sont sensiblement visibles à l'échelle infra-communale.

Quand bien même les inégalités spatiales d'incidence et de mortalité sont statistiquement significatives, nous allons nous interroger sur les mécanismes sociaux et territoriaux qui peuvent potentiellement les générer. En outre, il n'est pas exclu que ces éventuelles disparités quantitatives soient associées à des inégalités de qualité de vie pendant et après la maladie. Ces questions feront l'objet de notre second axe de recherche.

2) Axe de recherche n° 2 : les parcours de santé (donnant lieu à d'éventuelles inégalités d'incidence et de mortalité) ainsi que la qualité de vie des femmes souffrant d'un cancer du sein diffèrent selon leur lieu de vie ; ces processus sont socialement et territorialement construits

a)Les pratiques de recours aux soins des femmes sont différentes en fonction des communes

- *Hypothèse n°1 :* selon le lieu de vie des femmes, les représentations sociales du cancer du sein plus ou moins marquées, facilitent ou entravent le recours au dépistage et aux soins.
- *Hypothèse n°2* : ces représentations sociales peuvent influencer la qualité de vie pendant et après la maladie.
- *Hypothèse n°3 :* les femmes privilégient globalement la proximité à la « qualité » (traitement dans un établissement hautement spécialisé et proposant des essais thérapeutiques) pour les recours aux soins en onco-sénologie dans les Hauts-de-Seine.
- *Hypothèse n°4 :* l'histoire des communes ainsi que les politiques municipales en faveur de la santé influencent les modes d'appropriation de l'espace des habitantes, leurs pratiques spatiales et leurs recours aux soins.

b) La ségrégation socio-spatiale d'une communauté de pairs, liée spécifiquement à l'histoire du lieu, peut avoir un effet bénéfique ou délétère sur les trajectoires de soins

- *Hypothèse n°1 :* les femmes vivant dans certains quartiers défavorisés et enclavés pourraient afficher des pronostics plus sombres du fait de comportements de prévention inadéquats et d'un diagnostic tardif.
- *Hypothèse n°2* : comparativement à des zones plus favorisées, certaines femmes vivant dans ces quartiers ségrégés pourraient témoigner d'une bonne information quant à leur pathologie, d'une confiance accrue en les institutions de soins et d'une meilleure qualité de vie du fait d'un soutien social important.
- *Hypothèse n°3* : la densité associative et la présence d'espaces de parole accessibles aux femmes des quartiers prioritaires améliorent leur qualité de vie, le vécu de la maladie et de l'après-cancer.

c) La qualité des réseaux informels de soins favorise la continuité des soins

- *Hypothèse n°1* : les médecins libéraux orientent les patientes vers les spécialistes qu'ils connaissent et qui les tiennent informés des stratégies thérapeutiques.
- *Hypothèse n°2* : les représentations et les pratiques des professionnels de santé influencent la possibilité d'un dialogue interdisciplinaire et le lien avec le médecin traitant.
- *Hypothèse n°3* : en fonction du mode de dépistage et des filières de soins, les délais de prise en charge sont plus ou moins longs et sources d'inconfort.
- *Hypothèse n°4* : ces filières ne permettent pas systématiquement un accès complet aux soins de support et à la reconstruction mammaire.
- *Hypothèse n°5* : la concertation entre les spécialistes en RCP, lieu où est formulée la proposition thérapeutique, est inégale en fonction des filières de soins. Malgré les recommandations de bonnes pratiques, les protocoles de traitement sont ainsi sensiblement différents en fonction des lieux de soins.

d) La coordination entre les acteurs de la prise en charge du cancer du sein est différente en fonction des territoires

- *Hypothèse n°1* : les femmes résidant dans le centre du département, où il n'existe pas de réseau de cancérologie, ont davantage de difficultés à trouver réponses à leurs besoins de soins et d'accompagnement.
- *Hypothèse n°2* : l'organisation spécifique des réseaux territoriaux de cancérologie conduit à des types de coopérations plus ou moins étroites entre les établissements

de soins, entre les médecins libéraux et les structures de soins, ainsi qu'entre ces derniers et les acteurs médico-sociaux.

- *Hypothèse n°3* : la solidité du lien ville-hôpital varie en fonction du lieu de prise en charge, et facilite plus ou moins le suivi des femmes après la prise en charge hospitalière.
- *Hypothèse n°4* : après le traitement actif, les femmes suivies par les établissements, ou les médecins adhérents de GYNECOMED, ont un suivi facilité.

En définitive, nous postulons que les parcours de santé des femmes sont le fruit d'interactions entre leur histoire individuelle, l'effet de leur « milieu » de vie, des éléments propres au lieu de prise en charge et de l'importance de la coordination entre les acteurs. Ces interactions prennent différentes formes en fonction du territoire où elles se situent. Elles sont plus ou moins propices à l'apparition du cancer du sein, à la précocité du diagnostic, à la qualité de la prise en charge et au pronostic de la maladie.

II. Objectifs et méthodes

Ce travail sera réalisé en 4 étapes, dont la première sera déterminante des suivantes. L'organisation de l'analyse ne sera pas forcément chronologique, les différentes phases étant connexes et modulables en fonction des opportunités et de l'évolution de notre problématique.

1) Analyse et description des indicateurs sanitaires

a) Prévalence, incidence et mortalité

La première étape de la recherche que nous proposons consistera en la démonstration de l'existence ou de l'absence d'inégalités d'incidence et de mortalité par cancer du sein dans les Hauts-de-Seine. La difficulté propre à notre problématique dans le département est qu'il ne dispose pas de registre des cancers. A l'heure actuelle, les estimations de l'incidence du cancer en France sont proposées à partir des données exhaustives d'incidence dont disposent les départements dotés d'un registre, et les données nationales de mortalité par cancer du CépiDc-INSERM. La limite majeure de cette méthode est qu'elle s'appuie sur l'hypothèse forte que le rapport incidence / mortalité est globalement le même en fonction des territoires. Or il est très peu probable que ce soit le cas (*Remontet et al. – 2008*). C'est donc à partir des données du SNIIR-AM et du CépiDc-INSERM que nous pourrons estimer le nombre de nouveaux cas annuels de cancer du sein ainsi que l'effectif des décès pour cette pathologie à l'échelle des communes et du département.

- **<u>Les données :</u>**

➢ La base de données SNIIR-AM correspond aux informations anonymisées relatives aux soins remboursés par l'Assurance maladie pour tous les bénéficiaires de tous les régimes, chaînées avec le programme de médicalisation des systèmes d'information (PMSI). Ainsi pour chaque individu, elle contient les informations personnelles recensées dans le PMSI relatives à l'âge, au sexe, au code postal de la ville de résidence, aux dates de début et de fin de chaque séjour hospitalier, au numéro FINESS de la structure consultée ainsi qu'aux éventuels transferts de services hospitaliers. Grâce au chaînage avec l'Assurance maladie (au moyen d'un identifiant patient unique anonyme national), il est possible de savoir si la personne est couverte par la CMU-C, si elle est en ALD (affection de longue durée) et de connaitre la date de l'éventuel décès. En ce qui concerne les informations relatives à la pathologie, le PMSI enregistre l'objet du diagnostic principal (cancer infiltrant ou in situ) ainsi que les diagnostics reliés et associés (rechutes locales ou régionales ; adénopathies ou métastases ; suivi hospitalier pour un cancer du sein ; effets secondaires des traitements ; altération de l'état de santé ; antécédents de tumeur maligne du sein). L'intégralité des actes médicaux réalisés sont comptabilisés grâce à une codification spécifique (dépistage à l'hôpital ; biopsie ; mastectomie totale ou partielle ; chimiothérapie ; radiothérapie ; chirurgie réparatrice). Par ailleurs, la bases SNIIR-AM enregistre également les soins reçus en ambulatoire (dépistage individuel, le suivi par le médecin traitant et les réseaux de soins), les séances de radiothérapie effectuées dans les établissements privés ainsi que les médicaments remboursés (notion de traitement substitutif de la ménopause et d'hormonothérapie) (*Polton D. et al. – 2011*).

Cette base de données individuelles mais anonymisées est relativement difficile à obtenir auprès de la Caisse nationale de l'assurance maladie. Nous pourrions y accéder après une demande auprès de l'Institut des données de santé et de la Commission nationale de l'informatique et des libertés (CNIL) *(ibid.)*. Si toutefois cet accès nous était refusé, il serait plus aisé d'accéder aux données chaînées du PMSI en effectuant une demande auprès de l'Agence technique de l'information sur l'hospitalisation (ATIH). Les informations enregistrées dans le PMSI présentent une bonne qualité de chaînage depuis 2007 c'est pourquoi ces données seront exploitables sur une période rétrospective de 7 ans (*Olive F. et al. – 2011*). Les bases du SNIIR-AM sont, quant à elles, écrasées au bout de trois ans au-delà de l'année en cours (*Polton D. et al. – 2011*).

➢ L'unité de l'INSERM qui est chargée d'établir les statistiques concernant les causes médicales de décès en France s'appelle le CépiDc. C'est grâce à leur base de données que nous pourrons estimer les taux de mortalité par cancer du sein dans les Hauts-de-Seine. A partir du certificat médical et le bulletin d'Etat civil de décès, cet organisme recense l'ensemble des décès liés à cette pathologie à l'échelle des communes. Les informations concernant l'âge, le sexe, la commune de

résidence ainsi que la cause du décès seront disponibles pour notre recherche grâce à un partenariat privilégie entre l'Université Paris Ouest – Nanterre La Défense et l'INSERM. Les données que nous utiliserons concerneront les décès par cancer du sein survenus entre 2006 et 2010, avec un dénominateur de population en 2008.

- **<u>Limites des données :</u>**

➢ Le PMSI n'a pas pour finalité l'étude épidémiologique c'est pourquoi le recueil des données ne permet pas de coder les diagnostics de façon explicitement signifiante d'un point de vue médical. Il a pour objectif le recensement de l'activité des structures de soins pour l'attribution des ressources budgétaires. Les diagnostics principaux (DP), reliés (DR) ou associés (DA) ne sont pas systématiquement bien renseignés, c'est pourquoi il faut être prudent vis-à-vis de l'extraction des données (*Olive F. et al. – 2011*). Nous pouvons citer l'exemple d'une femme prise en charge pour un cancer du sein dont le stade est d'emblée très avancé, le DP pourra apparaitre en « soins palliatifs » alors qu'il s'agit d'un cancer du sein incident. Peuvent survenir également des erreurs de codage dans l'informatisation des données. Selon une étude réalisée en 2011 à partir de 6 000 cas de cancer du sein codés en DP dans le PMSI, 7 % d'entre eux étaient concernés par une erreur de codage (*Trombert Paviot B. et al. – 2011*). Les erreurs concernant les codes postaux des lieux de résidence sont négligeables, même si la précision de cette codification dépend des communes. En effet, un même code postal regroupe parfois plusieurs municipalités. Par ailleurs les établissements sont parfois amenés à « survaloriser » certains diagnostics pour bénéficier de plus de financements, ce qui est également source de biais (*Olive F. et al. – 2011*).

Il est important de noter que ni les soins en ambulatoire ni les séances de radiothérapie reçues dans les établissements privés ne sont recensés dans le PMSI. Si nous accédons à la base de données du SNIIR-AM, ces biais ne limiteront pas notre recherche. Dans le cas contraire, il nous faudra contacter les directions de l'information médicale (DIM) de chacune des structures privées proposant de la radiothérapie dans le département pour pouvoir estimer l'attraction de ces dernières vis-à-vis des Alto-séquanaises. Le chaînage de ces informations ne sera toutefois pas possible du fait de l'absence d'un identifiant anonyme.

Enfin, aucune information concernant le stade histopathologique du cancer n'est disponible par une quelconque base de données.

➢ Concernant les informations fournies par le CépiDc – INSERM, elles sont agrégées à l'échelle des communes. A l'époque de la mise en œuvre de la loi HPST, il y aurait eu un recoupage de ces données avec celles du SNIIR-AM. Même si nous parvenons à y accéder, il sera impossible dans un premier temps de superposer précisément les données relatives à l'incidence et à la mortalité par cancer du sein. Ces deux sources d'information sont effectivement indépendantes.

- **Méthode d'analyse :**

➢ Nous commencerons par estimer la prévalence du cancer du sein dans les communes des Hauts-de-Seine. Si nous disposons des données à l'échelle de la région, nous pourrons également réaliser une comparaison de ces chiffres entre les départements franciliens.

La prévalence du cancer du sein (effectif de femmes pour qui un diagnostic de cancer du sein a été posé au cours des 5 dernières années) est susceptible d'être mesurée en décomptant le nombre de patientes qui ont recours aux services de santé. La prévalence « hospitalière » via le PMSI, apparait comme étant relativement exhaustive. En effet, les biais de codage dont nous avons précédemment parlé peuvent être limités en reconstituant les trajectoires des patientes. Grâce au chaînage des informations, nous pourrons retrouver la véritable cause des séjours hospitaliers même si elle apparait parfois en DR ou en DA *(Trombert Paviot B. et al. – 2011)***.** Le service de biostatistiques des Hospices Civils de Lyon (HCL) a développé une méthodologie pour estimer prévalence et incidence du cancer grâce au PMSI.

Il s'agira tout d'abord d'évaluer la qualité du chaînage : si plus de 5 % des identifiants individuels sont erronés, les estimations ne pourront pas être réalisées. Ensuite il nous faudra recouper les résumés d'hospitalisation dont l'identifiant est identique, afin de retrouver les séjours où le code « cancer du sein » pourrait manquer. Les erreurs systématiques de codage pourront être globalement corrigées par ce moyen. Puis il nous faudra extraire du PMSI la totalité des séjours hospitaliers au cours desquels apparaissent en DP, DA ou DR le diagnostic de cancer du sein. Il est important de noter que la classification internationale CIM-10 n'utilise pas le même code pour les cancers du sein infiltrant et in situ. Ainsi pour minimiser davantage les risques d'erreurs, nous intégrerons à notre algorithme d'extraction la totalité des diagnostics pouvant être reliés de près ou de loin à un cancer du sein. Les codes CIM-10 qui nous intéresseront seront ceux qui concernent les métastases, les tumeurs in situ ou bénigne du sein, les tumeurs de nature incertaine, l'aplasie, l'anémie, la thrombocytopénie, l'agranulocytose, l'ascite, toutes les dégradations d'état de santé, le dépistage, les contrôles, les examens complémentaires, la chirurgie plastique du sein, la pose de chambre implantable, les traitements adjuvants, la convalescence, les soins palliatifs et les antécédents de cancer du sein. Il s'agira ensuite de ne conserver que les séjours pour lesquels le diagnostic est véritablement un cancer du sein (*Trombert Paviot B. et al. – 2011)*.

➢ Le calcul de l'incidence annuelle est plus délicat à obtenir étant donné que la comptabilisation de cas prévalents participe à biaiser les résultats. En utilisant comme « gold standard » le nombre de cas recensés dans les registres des cancers, l'équipe de biostatistiques des HCL a pu mesurer les erreurs liées au manque de sensibilité et de spécificité du PMSI. La sensibilité est définie comme étant le pourcentage de cas de cancers du sein enregistrés dans le registre des

cancers d'un département, qui a été identifié également dans la base de données PMSI. La spécificité correspond à la part de femmes identifiées comme n'ayant pas de cancer du sein ni dans le registre des cancers ni dans le PMSI. Deux méthodes d'estimation de l'incidence ont été évaluées : une première s'appuyant sur le nombre de DP « cancer du sein » avec ou sans séjour hospitalier sur une période d'un an ; une seconde comptabilisant exclusivement les séjours hospitaliers en lien avec une résection chirurgicale du sein. La deuxième méthode est apparue comme étant plus spécifique car moins sensible aux erreurs de codage (*Couris C. et al. – 2009).* La séquence « découverte d'un cancer et traitement chirurgical » est effectivement très probable dans le cas du cancer du sein. Elle permet de réduire de 30 % les faux-positifs mais perd beaucoup de sensibilité par rapport au premier algorithme (*Olive F. et al. – 2011*). Toutefois pour s'abstraire des risques résiduels d'erreur, ces chercheurs ont également proposé un facteur de correction estimé à partir du ratio « cas incidents d'un registre des cancers / cas incidents du PMSI » (*Couris C.. et al. – 2002).* Si nous effectuons des comparaisons entre plusieurs départements, il est préconisé d'utiliser davantage le premier algorithme de sélection (*Olive F. et al. – 2011 / Remontet L. et al. – 2008 / Mitton N. et al. - 2011).*

- L'estimation de la mortalité par commune sera plus simple à réaliser grâce aux données spécifiques du CépiDc-INSERM. De plus, nous disposerons d'un dénominateur fiable de population en 2008. Il serait intéressant de pouvoir évaluer l'effectif des décès rapporté au nombre de cas incidents dans le cadre de notre problématique. En effet, comme nous l'avons formulé dans nos hypothèses, il est possible que ce rapport diffère significativement en fonction de la moyenne du niveau de vie des communes. Nous nous pencherons sur cette méthode au cours de notre future recherche.

- Les taux d'incidence et de mortalité à l'échelle des communes vont nous intéresser à deux niveaux : d'une part nous comparerons des taux standardisés afin de s'abstraire de la structure démographique des communes considérées. D'autre part nous tiendrons compte des disparités d'incidence et de mortalité par âge en fonction du lieu.

b) Activité du système de soins et mode de recours aux soins des femmes

Dans un second temps, nous nous attellerons à caractériser l'activité du système de soins et les modes de recours aux soins des femmes grâce à la modélisation de leur parcours.

- **<u>Les données :</u>**

- Même si le recueil de données concernant l'offre de soins primaires et secondaires en onco-sénologie a été partiellement réalisé pour ce travail, ces informations seront complétées via les sites

internet de l'assurance maladie et de l'Ordre des médecins. Nous pourrons également comparer l'exhaustivité de ces listes en les comparant avec l'annuaire des pages jaunes.

- Les trajectoires de soins des femmes pourront être retracées de façon plus exhaustive grâce aux données SNIIR-AM tandis que nous ne pourrons représenter que l'itinéraire exclusivement hospitalier via le PMSI. Grâce à la modélisation des parcours, nous pourrons évaluer les délais de prise en charge, les éventuelles ruptures de traitement en fonction des communes de résidence et des établissements consultés.
- Nous projetons de créer un indicateur d'estimation du stade du cancer, en nous appuyant sur les référentiels de traitement de l'INCa et les dossiers médicaux informatisés du CLCC Curie – René Huguenin. En fonction des traitements reçus par les femmes, nous serons en mesure d'apprécier la précocité du diagnostic. Pour s'assurer de la fiabilité de l'algorithme, nous proposons de comparer les résultats obtenus à partir de la base anonyme du PMSI avec les informations précises contenues dans les dossiers médicaux des patientes suivies au CLCC. Nous pourrons ainsi créer un facteur de correction afin d'en améliorer la précision.
- Si cette analyse nous amène au constat de retards de diagnostic spatialement contrastés, nous veillerons à nous interroger sur la participation au dépistage et sur l'accessibilité aux radiologues en fonction des communes étudiées. Dans cette situation, les données relatives à la participation au dépistage organisé par le biais de l'ADK 92 nous seront nécessaires. La participation au dépistage individuel sera plus difficilement quantifiable sans accès aux bases de l'assurance maladie des Hauts-de-Seine.

- **<u>Les limites des données :</u>**

- Les informations concernant les médecins en activité, les équivalents temps-plein ainsi que la sectorisation des professionnels ne correspondent pas d'une base à une autre. Le recoupement de ces dernières permet de limiter les biais sans annuler totalement le risque d'erreur. En ce qui concerne l'offre de soins en onco-sénologie, il est également difficile d'obtenir une liste exhaustive de l'offre autre que celle relevant des activités soumises à seuil par l'ARS. Quelques imprécisions seront donc susceptibles de se glisser dans notre recensement.
- Les données relatives au dépistage individuel à l'échelle infra-communale ne seront probablement pas accessibles via la caisse primaire d'assurance maladie du département. Dans le cas où certaines communes enregistreraient d'importants retards de diagnostics, cet élément constituerait un biais important pour identifier les causes du phénomène.

- **Méthode d'analyse :**

- Au cours de cette seconde étape, il s'agira tout d'abord de caractériser l'accessibilité aux médecins généralistes et aux gynécologues médicaux à l'échelle communale et infra-urbaine. Grâce à un logiciel de système d'information géographique (SIG), nous pourrons mesurer la disponibilité des professionnels de soins primaires en fonction des villes et des quartiers (géolocalisation et estimation de la densité médicale). L'accessibilité physique et financière à ces derniers pourra également être évaluée grâce à ces outils cartographiques. Nous nous intéresserons à la distribution spatiale des réseaux routiers et de transports en commun, source d'une plus ou moins bonne desserte des lieux de soins en fonction des espaces considérés.
- En ce qui concerne l'attractivité des établissements de soins, un travail d'analyse spatiale semblable nous permettra de mesurer les aires de chalandise des structures spécialisées auxquelles les femmes font recours. L'effet de « captation » de patientèle et les recouvrements de zones par plusieurs établissements pourront être repérés par ce biais. Il sera intéressant de s'interroger sur les déterminants du choix vers l'une ou l'autre structure dans ces circonstances.
- Par ailleurs, certains travaux récents ont proposé des méthodes d'analyse spatiale de catégorisation des trajectoires de soins. Ces approches permettent de repérer les filières locales de soins entre les établissements et les réseaux informels de soins entre médecine de ville et médecine spécialisée *(Lefeuvre D. et al. – 2014 / Nuemi G. et al. - 2014)*. Une recherche intéressante, dont les résultats ne sont pas encore publiés, propose une méthode pour représenter les trajectoires de soins telle une « succession chronologique des types établissements de santé fréquentés » à partir du PMSI chaîné. Grâce à la modélisation des flux et des points via un système d'information géographique (méthode des nuées dynamiques), cette équipe a constitué une « table de données symboliques » permettant de catégoriser en 5 classes les patients et les établissements (*Nuemi G. et al. – 2014*). Nous nous appuierons sur cette expérience pour tenter de créer une typologie des trajectoires de soins des femmes souffrant d'un cancer du sein dans le département. Cette analyse nous permettra de déceler les éventuelles discontinuités dans les parcours de soins en fonction des communes de résidence et des lieux de soins. Nous pourrons ainsi repérer où ont lieu les ruptures dans les trajectoires et observer les éventuelles corrélations avec la géographie de l'incidence et de la mortalité.

2) Analyse et description des indicateurs sociaux

a) Création d'un indicateur de défavorisation sociale

Contrairement aux pays anglo-saxons, il n'existe aucun indicateur de défavorisation sociale partagé par l'ensemble de la communauté scientifique française. L'indice créé par Grégoire Rey est l'unique outil qui a démontré son efficacité à fine échelle (*Rey G. et al. – 2007*). Ce dernier est défini

par le premier axe d'une analyse en composantes principales réalisée à partir de 4 variables : le revenu médian par unité de consommation, le pourcentage d'ouvriers dans la population active, le pourcentage de bacheliers dans la population de 15 ans et plus ainsi que le taux de chômage.
En ce qui concerne spécifiquement le cancer du sein, le niveau du revenu médian par UC, le niveau d'éducation et la catégorie socio-professionnelle des femmes sont les trois indicateurs socio-économiques couramment utilisés dans les études qui se sont penchées sur les inégalités face à cette pathologie. Au cours de ce travail, nous avons présenté deux cartes symbolisant les profils socio-économiques des habitantes du département à l'échelle communale et infra-urbaine. Pour les réaliser nous nous sommes appuyés sur les indicateurs identifiés à travers la littérature internationale, potentiellement source de désavantages socio-économiques vis-à-vis de l'incidence, des modes de recours aux soins et de l'issue du cancer du sein. Ainsi nous avons utilisé le revenu médian par UC et le taux de chômage, le taux de femmes sans diplômes et la part des femmes ayant suivies des études supérieures, ainsi que le taux de ménages cadres et de ménages ouvriers. A cette liste, nous avons associé la part des HLM rapporté au total des résidences principales. Nous souhaitions intégrer cet indicateur à notre analyse afin de repérer les espaces résidentiels potentiellement « ségrégés » au sein de communes globalement plus favorisées.
Au cours de notre future recherche, nous comparerons la pertinence de ces deux indices au regard de la géographie de l'incidence, des parcours de santé et de la mortalité par cancer du sein. L'indice de Rey pourrait être utile dans la perspective de comparer nos résultats avec d'autres études internationales ou françaises. Mais dans un premier temps, il s'agira de sélectionner l'indice le plus intéressant concernant notre problématique et l'objectif qu'on lui attribue.

Les cartographies que nous avons proposées dans ce travail pourront être remises à jour grâce au prochain recensement de l'INSEE, dont les résultats seront rendus publics en 2014. Les mutations récentes des territoires alto-séquanais pourront éventuellement être visibles grâce à la comparaison avec les données de 2009.

Le principal biais lié aux données du recensement de l'INSEE est qu'elles sont agrégées à l'IRIS en ce qui concerne l'échelle la plus fine. Aucun recoupement n'est possible avec les bases recensant les indicateurs sanitaires. Hormis la notion de CMU-C dont nous disposerions via le SNIIR-AM, nous ne pourrons pas tenir compte individuellement de ces caractéristiques socio-économiques au cours de l'analyse.

b) Caractérisation des dynamiques sociales relatives à la qualité de vie

Nous avons vu que l'accompagnement et l'environnement social au sein duquel vit la personne joue un rôle prépondérant sur son « bien-être » et son itinéraire de soins. Dans le cas du cancer du sein, il semblerait que les femmes soient particulièrement sensibles au besoin d'échange et de dialogue. La possibilité de recourir à un lieu de parole, l'existence d'une dynamique associative

à proximité de leur lieu de vie pourraient s'avérer être un vrai gage de qualité de vie pendant et après la maladie. C'est pourquoi nous nous intéresserons particulièrement aux initiatives existantes dans les communes des Hauts-de-Seine. Grâce aux sites internet des municipalités, aux réseaux territoriaux de cancérologie, à la Ligue contre le cancer et aux structures de soins, nous essayerons de réaliser l'inventaire des associations proposant ces services aux femmes résidant dans le département. L'utilisation d'un système d'information géographique nous permettra de les localiser et d'évaluer leur accessibilité.

Il sera également intéressant de se pencher sur l'utilisation des forums informatiques de discussion utilisés par les femmes. A l'heure du développement des technologies numériques, cet outil représente un lieu d'échange et de dialogue social certainement très utilisé par ce public. Quel pourrait être l'effet de ce phénomène sur les choix thérapeutiques et les trajectoires des femmes qui vivent dans le département ?

Une fois que nous aurons réalisé la première analyse statistique et spatiale de ces indicateurs sanitaires et sociaux, nous serons en mesure de définir des terrains pertinents de recherche en ce qui concerne notre problématique.

3) Déconstruction des mécanismes sous-jacents à la production des trajectoires de santé

L'innovation de cette recherche réside dans ce troisième objectif que nous proposons de cibler. Par le biais d'une approche de terrain, nous chercherons à décortiquer comment « l'effet du lieu » façonne les itinéraires de recours et le « bien-être » des personnes. En quoi l'histoire de vie des femmes et l'inscription de ces dernières dans un environnement social particulier influencent-elles leurs choix et la façon qu'elles ont de se soigner ? Dans quelle mesure l'organisation socio-spatiale du territoire urbain, la distribution de l'offre de soins et la coopération entre les acteurs participent-elles à modeler ces trajectoires ?

Nous proposons de tenter de répondre à ces questions en ciblant quelques terrains exemplaires de la production des inégalités socio-territoriales face au cancer du sein. Nous choisirons des territoires variés en termes d'épidémiologie de la maladie, d'offre de soins, de morphologie urbaine, de niveau de vie et de structure démographique.

Dans chacune de ces villes, nous réaliserons un travail de terrain approfondi. L'observation attentive du quotidien des femmes dans leur environnement social, dans les structures de soins et au cours des interactions soignants-soignés, constituera un matériel de recherche essentiel pour mettre du sens sur les trajectoires de santé.

Par ailleurs, nous envisageons de mener une enquête qualitative auprès des habitantes des terrains sélectionnés qui souffrent d'un cancer du sein. Il sera possible de les contacter par le biais

des structures de soins auxquelles elles font potentiellement recours. Il s'agira d'une part d'envoyer un questionnaire à un grand nombre de patientes pour ensuite leur proposer un entretien semi-directif. Le questionnaire nous permettra de recueillir des informations systématiques en ce qui concerne le mode de dépistage, l'environnement social et familial, les freins et les leviers de recours aux soins, les critères de choix des médecins et des établissements consultés, le vécu de la maladie et des traitements etc... Ces données alimenteront les hypothèses de notre axe n°2, et guideront l'élaboration du contenu de la trame d'entretien. L'objectif de l'entretien individuel sera de saisir dans quelle mesure chacun des déterminants potentiels participe à conditionner les parcours de soins. Quelle influence de l'histoire de l'individu vis-à-vis du cancer ? Dans quelle proportion l'entourage social et familial joue-t-il un rôle dans le dessin des itinéraires ? Quelle relation ces dernières entretiennent-elles avec leur médecin et quelle « marge de manœuvre » s'attribuent-elles en fonction des conseils qu'ils leur prodiguent ? Enfin, quels mots sont employés pour décrire le vécu de la maladie, l'agressivité des traitements ou l'angoisse de la mort ? D'autre part, nous procéderons également à la réalisation d'entretiens qualitatifs auprès du personnel soignant et des acteurs médico-sociaux intervenant dans les prises en charge. Au cours de ces rencontres, il s'agira de repérer les réseaux informels de soins et les « appariements captants / non captants » entre les établissements et les professionnels. Nous pourrons percevoir les enjeux politiques qui interviennent entre les acteurs du soin et de la coordination, à l'origine de filières de soins spatialement différenciées. Il sera également possible de saisir quelles sont les représentations des professionnels qui influencent leurs pratiques, et si elles diffèrent en fonction des établissements et des lieux. Ces entretiens seront nécessaires à la compréhension véritable des mécanismes qui sous-tendent les itinéraires de santé des femmes souffrant d'un cancer du sein. Il nous faudra interpréter le matériel qu'ils offrent avec une grande rigueur, pour pouvoir exploiter scientifiquement cette source de données qualitatives. Une demande auprès de la CNIL est bien entendu nécessaire pour réaliser ce travail.

Le traitement de ces données qualitatives, pour qu'elles puissent être utilisées comme preuves démonstratives de nos hypothèses, sera réalisé grâce aux techniques d'analyse de contenu proposées par la recherche en sciences sociales (*Bardin L. – 1977 / Blanchet A. et al. - 2007*). Par le biais de « techniques de ruptures », nous pourrons dégager le « signifiant » (mots utilisés, champs lexical etc.) et le « signifié » (axe thématique) de chacun des entretiens réalisés. La subjectivité du chercheur, liée à la prégnance de ses propres représentations, peut être utilisée à bon escient grâce à l'emploi de ces méthodes. Nous analyserons le contenu des entretiens un par un, pour tenter de dégager des axes d'analyse communs dans un second temps.

Les limites de la méthodologie que nous proposons d'employer sur ce second axe de recherche se situent d'abord dans l'intervention intrusive du chercheur. Au cours de la relation « intime » entre le soignant et le soigné, nous serons amenés à adopter la position d'observateur. Cette situation entraine de fait une modification dans les rapports entre les protagonistes. Le simple fait de notre présence est susceptible de créer un biais dans les termes de l'échange.

Ensuite, la généralisation des résultats obtenus pourrait s'avérer délicate au vu des spécificités de la recherche. Dans quelle mesure ces situations propres à certaines habitantes des Hauts-de-Seine seront-elles représentatives des mécanismes relatifs aux parcours de soins des femmes souffrant d'un cancer du sein en général ? Nous ne pouvons répondre à ces interrogations en amont de l'analyse. Cependant, en nous appuyant sur un cadre théorique et épistémologique solide, nous pourrions parvenir à reculer le focus et à entrevoir certains éléments stables dans la structure des parcours de santé.

4) Reconstruction du sens des trajectoires, à la lumière des connaissances acquises

L'éternel dilemme de la sociologie a été d'expliquer les liens potentiels qui se tissent entre l'action individuelle et les structures sociales. Dans le cadre de notre problématique, il s'agit de comprendre comment le choix et l'action d'une femme souffrant d'un cancer du sein, peut prendre effet dans un contexte social précis et situé. Comment entendre l'articulation entre ces différentes réalités et quelle explication d'ensemble proposer ? Ces questions feront l'objet d'une large recherche épistémologique sur la « théorie du social » et sur son application à la géographie des soins en onco-sénologie. Néanmoins, nous allons brièvement exposer deux cadres d'analyse qui pourraient s'avérer pertinents pour lier les termes de notre problématique, et comprendre « ce qui fait système » dans les parcours de santé.

a) La sociologie interactionniste ou « la structure en mouvement »

L'approche interactionniste développée par Anselm Strauss souligne le fait que les évènements sociaux ne présentent aucune structure préalablement déterminée et qu'ils constituent des faits globalement imprévisibles. Selon cet auteur, l'interaction entre les acteurs sociaux et les actions qu'ils sont susceptibles de produire sont le fruit d'un « ordre négocié », reconsidéré à chaque instant en fonction de l'évolution des situations et des contextes. L'interaction est considérée comme guidée par des règles, des normes et des obligations mais dont les résultats ne sont pas totalement prévisibles. Anselm Strauss a largement participé à développer le concept de trajectoire dans le cadre de l'étude des maladies chroniques (*Strauss A. – 1992*). C'est à travers ce prisme qu'il explique comment se construisent les relations entre les différents acteurs. Le parcours de soins n'est plus considéré comme centré autour d'une maladie et de l'institution soignante, mais autour du patient qui constitue l'objet central des interactions sociales. Le patient est considéré comme l'acteur

principal de la production des trajectoires, car il réalise un travail de gestion perpétuelle des nouvelles conditions de vie entrainées par la maladie. Ces adaptations continuelles transforment le cadre des interactions avec les soignants, dont les actions multiples entrainent également des conséquences sources d'accommodation pour le patient. Au fil du temps et des situations, les cadres de l'action (qu'A. Strauss considère comme des « segments de travail ») ne cessent d'évoluer pour noyer la possibilité d'en extraire une quelconque stabilité structurelle. En effet, « tout sens est à la fois culturellement créé et médiatisé, toutes les interprétations ou perspectives des individus prennent naissance dans des communautés, des mondes sociaux ». Mais les communautés et les mondes ne sont pas synchrones et revêtent de multiples identités en fonction du niveau considéré (*ibid.*).

Cette théorie est intéressante dans le cadre de notre recherche car elle nous pousse à considérer les interactions sociales entre l'individu, les autres intervenants sur sa trajectoire et l'environnement de la rencontre des acteurs comme étant mouvantes et dialectiques. Chaque acteur produit une section de « travail » qui modifie l'ensemble des conditions de l'interaction à chaque instant. De plus à travers cette approche, le patient est instigateur et acteur de la trajectoire ce qui n'est pas sans nous intéresser d'un point de vue éthique et politique. Cependant selon cette approche, aucune structure collective ne serait repérable dans les trajectoires de soins des malades chroniques. Tous les auteurs ne partagent pas ce point de vue.

b) La sociologie structurelle ou « la théorie du social à travers l'espace-temps »

Anthony Giddens ne partage pas le point de vue des sociologues interactionnistes qui stipule que les cadres sociaux résultent de forces que les acteurs ne peuvent ni contrôler ni comprendre. La question que la théorie de la structuration soulève est comment les activités sociales transcendent les époques pour persister au-delà des contextes de coprésence entre les acteurs ? Selon cet auteur, l'espace et le temps constituent les supports de reproduction des schèmes sociaux à travers lesquels une certaine structure des systèmes sociaux se perpétue. La géographie comme source de sens pour comprendre les liens entre sujet individuel et objet sociétal acquière dans ce cadre une place essentielle : « l'introduction de l'espace-temps au cœur de la théorie sociale nous amène à revoir le découpage disciplinaire qui sépare la sociologie, l'histoire et la géographie » (*Giddens A. – 1987*). Le cœur de sa théorie s'intéresse au rôle que jouent conscience et inconscient dans les actions entreprises par les individus. Beaucoup de nos actions quotidiennes sont guidées par la conscience réflexive, et les agents humains sont capables d'expliciter les causes à l'origine de l'exécution de leurs actions. Mais selon Giddens, c'est dans la « conscience pratique » que se situent les clés de reproduction des systèmes sociaux par les acteurs. En exécutant une multitude de tâches de façon tacite par « routine », nous participons à l'étalement des cadres sociaux à travers le temps. Cependant, il ne nie pas le fait qu'une certaine part d'incertitude régit les interactions entre les

acteurs de la rencontre. Mais il estime que les contextes de coprésence sont structurellement engagés dans des systèmes plus vastes, qui dépassent largement l'échelle de l'individu et de sa temporalité. Les acteurs sociaux ont la possibilité d'agir en fonction de l'autonomie dont ils disposent vis-à-vis des autres (*Saint Pierre M. et al. – 2009*). Selon les contraintes plus ou moins importantes qui pèsent sur eux, ils sont en mesure d'agir en composant avec les ressources et les règles de leur collectivité. Cette dialectique s'effectuerait à partir de la combinaison de trois dimensions qui caractérisent les règles et les ressources (*ibid.*) : **une dimension politique** relative aux ressources du pouvoir dont l'exercice façonne et renforce la « structure de domination ». Dans le cadre de l'institution soignante, les patients qui souhaitent réduire leur temps d'attente pour accéder à un service font par exemple appel à leur réseau, qui constitue la ressource à leur disposition ; **une dimension sémantique** qui s'interroge sur le sens des causes à l'origine de l'action des acteurs. Le langage et la compréhension des codes sociaux interviennent ici pour conditionner les formes de l'action. Par exemple quand les patients contournent les listes d'attente en sollicitant leur réseau, la signification sous-jacente est qu'ils sont mécontents des délais de prise en charge ; enfin **une dernière dimension normative** relative à la légitimation des règles, des droits et des devoirs *(Saint Pierre M. et al. – 2009)*. Au cours de la relation de soins, les patients qui utilisent leur réseau de connaissances pour accélérer la prise en charge, sont légitimités dans leur comportement par l'obtention de ce qu'ils désirent. Lors d'une recherche intéressante réalisée au Québec sur la dimension individuelle et collective de la continuité des soins, certains chercheurs se sont attelés à décrypter ces processus auprès des équipes soignantes et des patients. Au cours d'entretiens qualitatifs, ils ont pu recueillir des informations sur « la maîtrise qu'ils estiment avoir des ressources, sur la légitimité qu'ils attribuent aux règles et normes en vigueur et enfin, sur le sens qu'ils donnent aux situations vécues » (*ibid.*). Cette recherche a permis d'ordonner les connaissances relatives au poids des contraintes individuelles et collectives dans la structure des systèmes sociaux de soins.

Ce cadre conceptuel pourrait nous permettre de repérer certains schémas d'organisation sociale des trajectoires des femmes souffrant d'un cancer du sein. Le territoire, support et produit de l'action dans l'espace et le temps, pourrait être l'élément qui structure le dessin des parcours individuels de soins. Il s'agira d'approfondir rigoureusement ces pistes de recherche au cours du travail de thèse que nous proposons.

CONCLUSION

L'objectif général de cette recherche est de contribuer à nourrir le concept d'inégalités socio-territoriales de santé, à travers une pathologie chronique fréquente et dont le diagnostic précoce est synonyme de bon pronostic. Il s'agit de participer à la production du savoir sur le cancer par la déconstruction des effets d'accumulation et d'interaction entre les déterminants intervenant sur les parcours de santé, dans une perspective territorialisée.

Nous nous intéresserons d'abord à l'analyse statistique et spatiale des indicateurs épidémiologiques relatifs au cancer du sein. Cette étape sera nécessaire à la définition de terrains exemplaires en termes de production des inégalités face à la pathologie. Nous entamerons ensuite un travail qualitatif à fine échelle afin de saisir les dynamiques sous-jacentes à cette géographie.

Ce travail de thèse introduit ainsi une nouvelle dimension dans la lutte contre les inégalités face au cancer du sein : à la fois produit de destins individuels et de construits sociaux, les trajectoires de soins des femmes s'esquissent au sein d'espaces plus ou moins appropriés par ces dernières. Par ailleurs le territoire de santé, support de l'interaction entre les acteurs socio-sanitaires et cible de politiques spécifiques, contribue à configurer ces itinéraires. A travers l'exemple d'un département aux identités multiples, nous pourrons mettre en lumière les dynamiques sociales et territoriales qui sous-tendent les rapports entre les acteurs intervenant tout au long de la trajectoire de soins. Grâce à une approche à la fois interactionniste et structurelle, nous serons en mesure de repérer le squelette de la structure du « système social » que représente la prise en charge du cancer du sein, sans dénier ses spécificités locales et contextuelles.

En permettant d'identifier les déterminants à l'origine de ces parcours de santé, ce projet pourrait apporter certaines clés pour remplir l'objectif n°7 du Plan Cancer 2014-2019 : *« Assurer des prises en charge globales et personnalisées : fluidifier et adapter les parcours de santé ; améliorer la qualité de vie par l'accès aux soins de support ; permettre à chacun d'être acteur de sa prise en charge ».*

Bibliographie

Articles

Allemani C., Sant M., Berrino F. et al. - *« Pronostic value of morphology and hormone receptor status in breast cancer : a population-based study*" – British journal of cancer, Vol n°91, 2004

Amat-Roze J.M. – *« La territorialisation de la santé : quand le territoire fait débat »* **-** Hérodote, Vol n°143, 2011

Ancelle-Park R., Séradour B., Viguier J. et al. – « *Spécificités et perspectives du programme français de dépistage organisé du cancer du sein »* - Bulletin épidémiologique hebdomadaire (BEH) Septembre 2012

Asselain D., Belin L., Le Bihan S. et al. - *« Difficultés rencontrées lors de la reprise du travail après un cancer du sein »* - Archives des maladies professionnelles et de l'environnement, Vol 72, 2011

Bairati I., Jobin E., Fillion L. et al. - « *Determinants of delay for breast cancer diagnosis* » - Cancer detection and prevention, Vol n°31, 2007

Berger F., Dousseau A., Gautier C. et al. - « *Impact du statut socio-économique sur la gravité du diagnostic initial de cancer du sein* » - Revue d'épidémiologie et de santé publique, 2012, Vol 60

Bergeron H., Castel P. - « *Captation, appariement, réseau : une logique professionnelle d'organisation des soins* » - Sociologie du travail, 2010

Bertolotto F., Joubert M., Leroux M. et al. – « *Facteurs sociaux de l'absence de participation aux campagnes de dépistage organisé du cancer du sein »* – Bulletin épidémiologique hebdomadaire, février 2003

Bigby J., Holmes M. - « *Disparities across the breast cancer continuum* » - Cancer causes & control, Vol 16, 2005

Blinder V.S., Murphy M.M., Vahdat L.T. et al. - *« Employment after a breast cancer diagnosis : a qualitive study of ethnically diverse urban women"* – Journal of community health, Vol 37, 2012

Bidou-Zachaliasen C. – *« Processus de gentrification et nouveaux espaces de croissance »* - Innovations institutionnelles et territoires, décembre 2000

Blais S., Dejardin O., Boutreux S. et al. – "*Social determinants to access to reference care centers for patients with colorectal cancer – a multilevel analysis*" – European journal of cancer, Vol 42, 2006

Boinot L., Gautreau G., Defossez G. et al. - *« Trajectoires hospitalières des patientes atteintes de cancer du sein en Poitou-Charentes* » - Revue d'Epidémiologie et de Santé Publique, Vol 55, 2007

Boiron C. – *« Une cancérologue atteinte d'un cancer témoigne »* - Laennec, 2010 / Tome 2

Bouche G., Ingrand I., Mathoulin-Pelissier S. et al. - "*Determinants of variability in waiting times for radiotherapy in the treatment of breast cancer*" – Radiotherapy and oncology : journal of the European society for therapeutic radiology and oncology, Vol 97, 2010

Bouche G., Migeot V., Mathoulin-Pélissier S. et al. - "*Breast cancer surgery : do all patients want to go to high-volume hospitals ?*" – Surgery, Vol 143, 2008

Boschetti Y., Leclercq C., Arnoux S. et al. – *« Vous avez dit continuité des soins ?* » - Médecine palliative, Vol 5 n°2, avril 2006

Bradley C., Given C., Roberts C. - « *Disparities in cancer diagnosis and survival* » - Cancer, Vol 91 2001

Brennan M., Spillane A. - "*Uptake and predictors of post-mastectomy reconstruction in women with breast malignancy – systemic review*" – European journal of surgical oncology, Vol n°39, 2013

Bungener L. et al. – « *La prise en charge du cancer : quel partage des rôles entre la médecine de ville et la médecine spécialisée ?* » - Pratiques et Organisation des Soins, 2009/3 Vol n°40

Chevalier J. – *« Espace de vie ou espace vécu ? L'ambiguïté et les fondements de l'espace vécu »* - Espace géographique, Tome 3 n°1, 1974

Couris C., Colin C., Rabilloud M. et al. - « *Method of correction to assess the number of hospitalized incident breast cancer cases based on claims databases* » - Journal of clinical epidemiology, 2002

Couris C., Polazzi S., Olive F. et al. - "*Breast cancer incidence using administrative data : correction with sensitivity et specificity*" – Journal of clinical epidemiology, Vol n°62, 2009

Cramb S., Mengersen K., Turell G. et al. - "*Spatial inequalities in colorectal and breast cancer survival : premature deaths and associated factors*" – Health & Place, Vol 18, 2012

Cummins S., Curtis S., Diez-Roux A. et al. – « *Understanding and representing "place" in health research : a relational approach*" – Social science and medecine, août 2007

De Angelis R., Sant M., Coleman M. et al. *"Cancer survival in Europe 1999-2007 by country and age : results of Eurocare-5, a population-based study"* - The Lancet Oncology, janvier 2014

Dejardin O., Berchi C., Mignon A. et al. - « *Inégalités sociales de santé, du constat à l'action – Intérêt de la mise en place d'un accompagnement personnalisé pour la réduction des inégalités sociales en cancérologie* » - Revue d'épidémiologie et de santé publique, n°59, 2011

Donzelot J. – « *La ville à trois vitesses : relégation, périurbanisation, gentrification* » - Revue Esprit, mars 2004

Duport N., Serra D., Goulard H. et al. – *« Quels facteurs influencent la pratique du dépistage des cancers féminins en France ? »* – Revue d'épidémiologie et de santé publique, Juillet 2008

Duffy S.W., Paci E. – « *Bénéfices et risques du dépistage du cancer du sein par mammographie* » – BEH Septembre 2012

Espié M. – *« Epidémiologie et cancer du sein »* - Centre des maladies du sein, Hôpital Saint Louis / Paris, 2010

Europa Donna (Coalition européenne contre le cancer du sein) – *« Les nouvelles d'Europa Donna »* - Vol n°20, juin 2011

Ferlay J., Steliarova-Foucher E., Lortet-Tieulent J. et al. – *"Cancer incidence and mortality patterns in Europe : estimates for 40 countries in 2012"* – European journal of cancer, Vol n°49, 2013

Goldberg M., Melchior M., Leclerc A. et al. – *"Epidémiologie et déterminants sociaux des inégalités de santé »* - Revue d'épidémiologie et de santé publique, 2003, Vol 51, p. 381-401

Hamon-Valanchon H. – *« Femmes et cancer : imaginaire de la maladie et culture hospitalière »* - Sociétés, 2009/3, n°105

Hershman D., Wang X., McBride R. et al. - « *Delay of adjuvant chemotherapy initiation following breast cancer surgery among elderly women* » - Breast cancer research and treatment, Vol n°99 2006

Hiatt R., Breen N. – "*The social determinants of cancer : a challenge for transdisciplinary science*" – American journal of preventive medicine, Vol 35, 2008

Hirtzlin I., Barré S., Rudnichi A. – *« Dépistage individuel du cancer du sein des femmes de 50 à 74 ans en France en 2009 »* – Bulletin épidémiologique hebdomadaire, septembre 2012

Huang J. - "*Does delay in starting treatment affect the outcomes of radiotherapy ? A systematic review*" – Journal of clinical oncology, 2003

Jambon C., Dejardin O., Morlais F. et al. - « *Déterminants sociogéographiques de la prise en charge des cancers en France – exemple des cancers colorectaux incidents entre 1997 et 2004 dans le département du Calvados* » - Revue d'épidémiologie et de santé publique, Vol 58, 2010

Junod B. et Massé R. – « *Dépistage du cancer du sein et médicalisation en santé publique »* – Revue Santé publique, 2003/2 Vol. 15, p. 125 à 129

Katapodi M.C. – "*Distrust, predisposition to use health services and breast cancer screening : results from a multicultural community-based survey"* – International journal of nursing studies, décembre 2009

Krieger N. – "*Defining and investigating social disparities in cancer : critical issues"* - Cancer causes & control, Vol n°16, 2005

Kuo T., Mobley L., Anselin L. - *"Geographic disparities in late-stage breast cancer diagnosis in California"* – Health & Place, Vol 17, 2011

Lançon F., Sannino N., Viguier J. – « *Connaissances, perceptions, attitudes et comportements des femmes et des médecins vis-à-vis du dépistage du cancer du sein, France, 2010* » – Bulletin épidémiologique hebdomadaire, septembre 2012

Lang T., Kelly-Irving M., Delpierre C. - *« Inégalités sociales de santé : du modèle épidémiologique à l'intervention. Enchaînements et accumulation au cours de la vie »* - Revue d'épidémiologie et de santé publique, 2009, n°57, p. 429-35

Latarche C., Desandes E., Mayeux D. et al. - « *Délais de prise en charge des patientes atteintes d'un cancer du sein dans un réseau régional de soins en cancérologie : faisabilité d'un programme personnalisé de soins* » - Bulletin du cancer, Vol n°91, 2004

Lefeuvre D., Le Bihan-Benjamin C., Rocchi M. et al. – *« Analyse des trajectoires des femmes atteintes d'un cancer du sein en France en 2010-2011 à partir des bases médico-administratives »* - Revue d'épidémiologie et de santé publique, Vol 62, 2014

Lombrail P., Pascal J. - *« Inégalités sociales de santé et accès aux soins »* - Les tribunes de la santé, 2005/3 n°8

Lombrail P. - « *Inégalités de santé et d'accès secondaire aux soins* » - Revue d'épidémiologie et de santé publique, 2007 Vol 55

Lohrisch C., Paltiel C., Gelmon K. et al. - « *Impact on survival of time from definitive surgery to initiation of adjuvant chemotherapy for early-stage breast cancer* » - Journal of clinical oncology, octobre 2006

Löwy I. – *"Le genre du cancer"* – Clio, Femmes, genre, histoire, Vol n°37, 2013

Mackenbach J.P, Kunst A.E., Cavelaars A. et al. - "*Socioeconomic inequalities in morbidity and mortality in western Europe*" – The Lancet, Vol. 349, juin 1997

Maheswaran R., Pearson T., Jordan H. et al. – "*Socioeconomic deprivation, travel distance, location of service and uptake of breast cancer screening in North Derbyshire, UK*" – J. Epidemiologic Community Health, 2006 n°60, p. 208-212

Makubate B., Donnan P.T., Dewar J.A. et al. – *« Cohort study of adherence to adjuvant endocrine therapy, breast recurrence and mortality"* – British journal of cancer, Vol 108, 2013

Macintyre S., Ellaway A., Cummins S. – "*Place effects on health : how can we conceptualise, operationalise and measure them ?*" – Social science and medicine, Vol 55, 2002

Mayo N., Scott S., Shen N. et al. - « *Waiting time for breast cancer surgery in Quebec* » - Canadian medical association journal, Vol n°164, 2001

Menvielle G., Leclerc A., Chastang JF. et al. – "*Social inequalities in breast cancer mortality among French women : disappearing educational disparities from 1968 to 1996*" – British journal of cancer, Vol 94, 2006

Mitton N., Colonna M., Trombert B. et al. – « *A suitable approach to estimate cancer incidence in area without registry*" – Journal of cancer epidemiology, article n° 418968, 2011

Mobley L., Kuo T., Watson L. et al. - "*Geographic disparities in late-stage cancer diagnosis : Multilevel factors and spatial interactions*" – Health & Place, Vol 18, 2012

Moine A. – *« Le territoire comme un système complexe : un concept opératoire pour l'aménagement et la géographie »* - L'Espace géographique, 2006/2 Tome 35

Morrow M., Scott S., Menck H. et al. - « *Factors influencing the use of breast reconstruction postmastectomy: a national cancer database study* » - Journal of American college surgery, 2001

Nilsson M., Olsson M., Wennmann-Larsen A. et al. - *"Return to work after breast cancer : women's experiences of encounters with different stakeholders"* – European journal of oncology nursing, Vol 15, 2011

Nuemi G., Afonso F., Roussot A. et al. – *« Typologie des prises en charge du cancer du sein chez les patients résidant dans la région Bourgogne »* - Revue d'épidémiologie et de santé publique, Vol 62, 2014

Olive F., Gomez F., Schott A. et al. – « *Analyse critique des données de PMSI pour l'épidémiologie des cancers : une approche longitudinale devient possible* » - Revue d'épidémiologie et de santé publique, vol n°59, 2011

Pariente P., Legrand D., Lasalle P. et al. – *« Innovations et parcours de soins de patients atteints de cancer, Ile-de-France »* - Revue d'épidémiologie et de santé publique, Vol 62, 2014

Pellissier-Fall A. – « *Dépistage organisé du cancer du sein : participer ou non ? Une enquête qualitative en milieu rural en Basse Normandie* » - Médecine, avril 2007

Philibert M., Riva M. – « *Contribution de la géographie quantitative à l'étude des inégalités de santé : analyse des effets de milieu* » - Cahier de géographie du Québec, Vol n°55-156, 2011

Pornet C., Dejardin O., Guittet L. et al. – « *Influence de l'environnement socio-économique et de l'offre de soins sur la participation au programme de dépistage organisé du cancer du sein, Calvados (France), 2004-2006 »* – Bulletin épidémiologique hebdomadaire, septembre 2012

Remontet L., Mitton N., Couris C. et al. - « *Is it possible to estimate the incidence of breast cancer from medico-administrative databases* ? » - European journal of epidemiology, vol n°23, 2008

Rey G., Fouillet A., Jougla E. et al. – *« Rôle des disparités socio-économiques dans l'hétérogénéité géographique de la surmortalité liée à la vague de chaleur d'août 2003* » - Colloque « «démographie et santé », mai 2007

Rutqvist L.E. and Bern A. - "*Socioeconomic gradients in clinical stage at presentation and survival among breast cancer patients in the Stockholm area 1977-1997*" – International journal of cancer, 2006, Vol 119

Sa C., Amparo A., Miguel R. et al. - *« Influence of timing of initiation of adjuvant chemotherapy over survival in breast cancer : a negative outcome study by the Spanish breast cancer research group (GEICAM)* » - Breast cancer research, 2007

Saint-Pierre M., Sévigny A. – « *Approche individuelle et collective sur la continuité des soins* » - Santé publique, vol n°21, 2009

Sanz-Barbero B., Regidor E., Galindo S. – "*Impact of geographic origin on gynecological cancer screening in Spain"* – Revue Saude Publica, 2011

Sancho-Garnier H. – *« Les cancers du sein dans le monde »* - Société française de sénologie et de pathologies mammaires (SFSPM), 2002

Sautter G. – *« Recherches en cours sur les villes d'Afrique noire : thèmes et problèmes. Point de vue d'un géographe »* - Cahier d'études africaines, Vol 13 n°51, 1973

Sayko O., Pezzin L.E., Yen T. et al. - *« Diagnosis and treatment of lymphedema after breast cancer : a population-based study"* – PM&R, journal of injury, function and rehabilitation, Vol 5, 2013

Schmoll P. – « *Les maladies de civilisation : recherches anthropologiques en psychopathologie et psychosomatique* » - Actions et recherches sociales, Erès, Paris, 1982, p. 149-157

Simon MS., Severson RK. - "*Racial differences in breast cancer survival : the interaction of socioeconomic status and tumor biology*" – American journal of obstetrics and gynecology, Vol 176 1997

Stavraki K., Skillings J., Stitt L. et al. - *"The effect of socioeconomic status on the long-term outcome of cancer"* – Journal of clinical epidemiology, Vol 49, 1996

Strand B., Kunst A., Huisman M. et al. - "*The reversed social gradient : higher breast cancer mortality in the higher educated compared to lower educated : a comparison of 11 european populations during 1990's*" – European journal of cancer, Vol 43, 2007

Thomson C., Hole D., Twelves C. et al. – "*Pronostic factors in women with breast cancer : distribution by socioeconomic status and effect on differences in survival*" - Journal of epidemiology and community health, Vol 55, 2001

Trombert Paviot B., Gomez F., Olive F. et al. - « *Identifying prevalent Cases of breast cancer in the french case-mix databases* » - Methods Inf Med, n°50, 2011

Vallin J., Meslé F. – « *De la transition épidémiologique à la transition sanitaire : l'improbable convergence générale* » - Colloque INED, 23 au 26 novembre 2010

Vedercchia A., Guzzinati S., Francisci S. et al. - *"Survival trends in European cancer diagnosed from 1988 to 1999 : Eurocare 4"* – European Journal of Cancer, 2009

Woods LM., Rachet B., Coleman MP. - *"Origins of socio-economic inequalities in cancer survival : a review"* – Annals of oncology : official journal of the European society for medical oncology, Vol 17, 2006

Wu AH., Gomz SL., Vigen C. et al. - "*The California Breast Cancer Survivorship Consortium (CBCSC) : prognostic factors associated with racial/ethnic differences in breast cancer survival*" – Cancer causes & control, Vol 24, 2013

Rapports et textes de lois

Agence régionale de santé d'Ile-de-France (ARS IDF) – "*Les Hauts-de-Seine : territoire de santé* » - janvier 2014

Binder-Foucart R., Belot A., Delafosse P. et al. – *« Estimation nationale de l'incidence et de la mortalité par cancer en France entre 1980 et 2012 : étude à partir des registres des cancers du réseau FRANCIM (tumeurs solides) »* - Juillet 2013

Centre international de recherche sur le cancer (CIRC) – *« Dernières statistiques mondiales sur le cancer »* - Communiqué de presse, OMS, décembre 2013

Circulaire DGS/DH/AFS n° 98-213 du 24 mars 1998 *relative à l'organisation des soins en cancérologie dans les établissements d'hospitalisation publics et privés*

Décret n° 2004-1289 du 26 novembre 2004 relatif à la liste des activités de soins et des équipements matériels lourds – Journal officiel de la République française, 2004

Direction générale de l'offre de soins (DGOS) – « *Guide méthodologie : améliorer la coordination des soins : comment faire évoluer les réseaux de santé ?* » – Octobre 2012

Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES), Institut national de la santé et de la recherche médicale (INSERM) – *« La vie 2 ans après le diagnostic de cancer »* - La documentation française, 2008

Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et de la statistique (DREES) - « *Les médecins généralistes : un réseau étendu et varié* » – Etudes et résultats, n°649, août 2008

Fédération nationale des observatoires régionaux de santé (FNORS), Institut national du cancer (INCa) - *« Etude sur les délais de prise en charge des cancers du sein et du poumon »* - INCa, Etude & expertise, 2011

Grosclaude P., Remontet L., Belot A. et al. – *« Survie des personnes atteintes de cancer en France : 1989-2007 / Etude à partir des registres des cancers du réseau FRANCIM* »- InVS, FRANCIM, HCL et al., février 2013

Haute Autorité de Santé (HAS) – *« Place de l'IRM mammaire dans le bilan d'extension locorégionale préthérapeutique du cancer du sein : rapport d'évaluation technologique »* - mars 2010

Institut Curie, Institut Gustave Roussy - *« Référentiel de traitement REMAGUS : cancers du sein »* **-** aout 2011

Institut national de la statistique et des études économiques (INSEE) – « *Niveaux de vie des Franciliens : des inégalités fortes malgré la redistribution par l'impôt et les prestations sociales* » - A la page, n°297, mai 2008

Institut national de veille sanitaire (InVS) – « *Facteurs d'adhésion au dépistage organisé du cancer du sein : étude FADO-sein »* – juin 2007

InVS – « *Participation au programme national de DOCS, Années 2011-2012* » - 2012

Institut national du cancer (INCa) – « *Atlas de la mortalité par cancer en France métropolitaine – Evolution de 1970 à 2004* » - décembre 2008

INCa – *« Le traitement du cancer dans les établissements de santé en France en 2010 »* - juin 2010

INCa - *« Cancer du sein infiltrant non métastatique – questions d'actualités – synthèse »* - Collection avis & recommandations, juillet 2012

INCa – *« Le cancer du sein : Etat des lieux en 2012 »* - septembre 2012

INCa - *« Les traitements des cancers du sein »* - octobre 2013

INCa – *« Les cancers en France en 2013 »* - Collection « Etat des lieux des connaissances », janvier 2014

International agency for research of cancer (IARC) - "*Le cancer, un fardeau mondial*" – Organisation mondiale de la santé (OMS), 2003

Observatoire régional de santé d'Ile-de-France (ORS IDF) – *« Atlas de la mortalité par cancer en Ile-de-France / 2000-2007 »* - Mars 2012

ORS IDF – *« Cancer du sein en Ile-de-France »* - Bulletin de santé, mai 2011

ORS IDF – *« Epidémiologie des cancers en Ile-de-France »* - Cancers, mars 2011

ONCORIF, Mission Régionale de Santé - *« Document de synthèse sur les réseaux de cancérologie d'Ile-de-France »* - Avril 2009

Organisation mondiale de la santé (OMS) – *« Communiqué de presse : rapport sur la santé dans le monde 2000 »* - juin 2000

Plan Cancer 2014-2019 – *« Guérir et prévenir les cancers : donnons les mêmes chances à tous, partout en France* »

Polton D., Ricordeau P. - « *Le SNIIRAM et les bases de données de l'Assurance Maladie en 2011* » - CNAMTS, Mars 2011

Steliarova-Foucher E., Ferlay J. – « *Le cancer dans le monde – GLOBACAN 2008* » - Centre International de Recherche sur le Cancer, 2008

Ville de Nanterre – « *Atlas sociodémographique et économique de la ville de Nanterre »* - www.nanterre.fr, 2012

Ouvrages, thèses et mémoires

Ariès M., Barthelet P., Burgel G. et al. – « *Hauts-de-Seine »* – Edition Bonneton, 1990

Bardin L. – *« L'analyse de contenu »* - PUF, 1977

Blanchet A., Gotman A. – *« L'enquête et ses méthodes : l'entretien »* - Colin 2007

Darmon P. – *"Les cellules folles : l'homme face au cancer de l'Antiquité à nos jours"* – Librairie Plon, 1993, p. 105 à 163

Dubois J.-B., Grenier J. - « *Les marqueurs tumoraux : de la théorie à la pratique* » - Edition Espace 34, Collection Espace Science, 1996

Fourcaut A. – *« Introduction à l'essentiel « Paris et les banlieues : histoire d'un espace urbain aux XIXe et XXe siècles* » - Université Ouverte des Humanités (UOH) 2012

Gaillard M. – « *Hauts-de-Seine* » – Conseil général, 1989

Giddens A. – « *La construction de la société : éléments de la théorie de la structuration* » - PUF, 1987

Guilluy C. – *« Fractures françaises »* - Edition Bourin, Collection Politique, 2010

Herzlich C. – *"Santé et maladie : analyse d'une représentation sociale"* – Editions de l'école des hautes études en sciences sociales, 1969

Lambrichs L. – *"Le livre de Pierre : psychisme et cancer"* – Seuil, novembre 1998

Leclerc A., Fassin D., Grandjean H. et al. – « *Les inégalités sociales de santé* » – INSERM, La découverte, 2000

Ligue nationale contre le cancer – « *Les malades prennent la parole : le livre blanc des 1ers états généraux des malades du cancer* » - Ramsay, 1999

Pinell P. – *« Naissance d'un fléau : histoire de la lutte contre le cancer en France (1890-1940)* » – Editions Métailié, 1992

Randrianaivo H., Schultz J. – *"Les inégalités de recours au dépistage organisé du cancer du sein : analyse d'une commune des Hauts-de-Seine : Boulogne-Billancourt »* - Université Paris X – Nanterre, 2014

Salem G. – « *La santé dans la ville – Géographie d'un petit espace dense : Pikine (Sénégal)* » - Karthala-Orstom, 1998

Salem G., Rican S., Jougla E. – "*Atlas de la santé en France – Vol n°1 : les causes de décès*" – John Libbey Eurotext, 1999

Salem G., Rican S., Kürzinger M.L. – "*Atlas de la santé en France – Vol n°2 : comportements et maladie*" – John Libbey Eurotext, 2006

Strauss A. – « *La trame de la négociation : sociologie qualitative et interactionnisme* » - Logiques sociales, l'Harmattan, 1992

Vaillant Z. – "*La Réunion, koman I lé – Territoires, santé, société* ?" – PUF, Collection Partage du savoir, 2008

Vigneron E. – "*Les inégalités de santé dans les territoires français : état des lieux et voies de progrès*" – Elsevier Masson, 2011

Wilkinson R., Pickett K. – « *Pourquoi l'égalité est meilleure pour tous ?* » - Les petits matins, 2013

Zelek L., Maissiat E., Destable D. et al. - « *Diagnostic, bilan et prise en charge des cancers du sein : principes généraux* » - Collection Oncologie pratique, Springer, 2007

Annexes

I. Annexe n°1

1) Classification clinique cTNM : (Zelek L. et al. – 2007)

a) Tumeur primitive :

- TX = la tumeur primitive ne peut pas être évaluée
- T0 = pas de tumeur primitive décelable
- Tis = carcinome in situ
- Tis DCIS = carcinome canalaire in situ
- Tis LCIS = carcinome lobulaire in situ
- Tis Paget = maladie de Paget du mamelon sans tumeur
- T1 = T inférieure ou égale à 2 cm (T1mic = micro-invasion inférieure ou égale à 0,1 cm (la micro-invasion est une extension des cellules cancéreuses au-delà de la membrane basale sans dépasser 0,1 cm. Quand plusieurs sites de micro-invasions sont diagnostiqués, c'est le plus grand qui est retenu pour la classification) / T1a = de 0,1 à 0,5 cm / T1b = 0,5 à 2 cm / T1c = 1 à 2 cm)
- T2 = 2cm à 5 cm
- T3 = supérieure à 5cm
- T4 = tumeur de toute taille en extension directe à la paroi thoracique ou à la peau (T4a = extension à la paroi thoracique (côtes, muscles intercostaux, muscle dentelé antérieur mais pas les muscles pectoraux) / T4b = œdème ou ulcération de la peau du sein ou nodule de perméation cutané localisé sur le même sein / T4c = association de T4a et T4b / T4d = carcinome inflammatoire (induration cutanée diffuse d'aspect charnu à bord érysipéloïde, généralement sans tumeur palpable).

b) Adénopathies régionales :

NX = les adénopathies régionales ne peuvent pas être évaluées

N0 = pas d'adénopathies régionales métastatiques

N1 = adénopathies métastatiques régionales axillaires / homolatérales mobiles

N2 = métastases ganglionnaires axillaires homolatérales fixées ou métastases ganglionnaires mammaires internes homolatérales cliniquement apparentes en l'absence de métastases ganglionnaires cliniquement évidentes.

N2a = métastases ganglionnaires axillaires homolatérales fixées l'une à l'autre ou à d'autres structures

N2b = métastases ganglionnaires uniquement mammaires internes homolatérales ou cliniquement apparentes, sans métastases ganglionnaires axillaires cliniquement évidentes.

N3 = métastases ganglionnaires sous-claviculaires homolatérales avec ou sans adénopathies axillaires (N3a) / métastases ganglionnaires mammaires internes homolatérales cliniquement apparentes accompagnées de métastases ganglionnaires axillaires cliniquement évidentes (N3b) / métastases ganglionnaires sus-claviculaires homolatérales avec ou sans envahissement des ganglions lymphatiques axillaires ou mammaires internes (N3c).

c) Métastases à distance :

Mx= renseignements insuffisants pour classer les métastases à distance

M0 = absence de métastases à distance

M1 = présence de métastases à distance

2) Grade histopronostique :

Le grade est un élément important qui permet une stratification pronostique nette des cancers du sein. Il y a plusieurs types de grade histopronostique mais celui utilisé en France est le grade SBR modifié par Elston et Ellis (calculé par un score évalué grâce à une grille) :

- Grade I = tumeur différenciée
- Grade II = tumeur moyennement différenciée
- Grade III = tumeur peu différenciée

Le pathologiste évalue l'agressivité de la tumeur grâce en s'appuyant sur 3 paramètres morphologiques : l'architecture tumorale ; la forme et la taille du noyau ; le nombre de cellules qui se divisent (activité mitotique) qui reflète la vitesse à laquelle les cellules cancéreuses se développent.

a) Architecture cellulaire : la cellule perd petit à petit sa fonction d'origine et change d'apparence. Une cellule cancéreuse est d'autant plus agressive qu'elle est indifférenciée par rapport aux cellules saines.

b) Forme du noyau : il change de taille et de forme quand la cellule est cancéreuse

c) Activité mitotique : plus la cellule cancéreuse se développe vite et plus le risque de propagation du cancer dans l'organisme augmente.

II. Annexe n°2 : méthodes de réalisation des cartes

1) Cartes n°12, 13 et 14 : évolution de la croissance démographique dans le département des Hauts-de-Seine entre 1968 et 2010

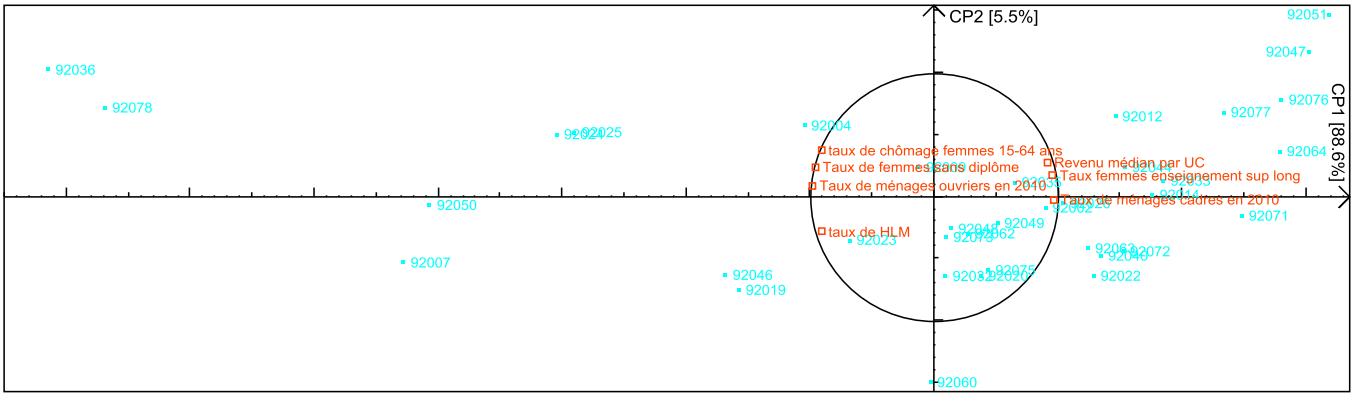
Ces cartes ont été réalisées à partir des données issues du recensement de l'INSEE. Nous avons calculé les taux de croissance de la population entre chacune des dates, pour représenter ces informations cartographiquement. Les bornes de classe ont été définies manuellement afin de permettre la comparaison des taux entre les périodes considérées.

2) Cartes n°15 à 20

Après l'analyse des séries statistiques représentées sur chacune des cartes, nous avons choisi le mode de discrétisation Q6 ou Jenks en fonction de l'objectif de comparaison des informations.

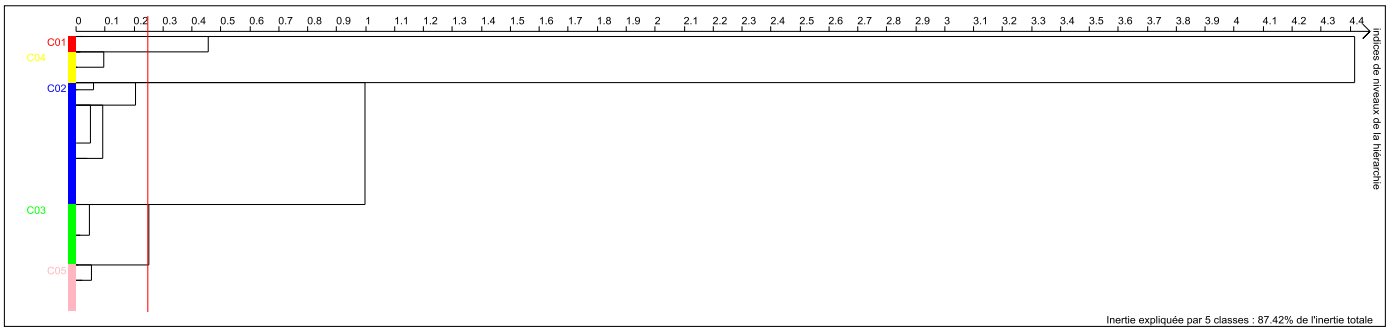
3) Carte n°21 : typologie socio-économique des communes des Hauts-de-Seine

Cette carte a été réalisée en deux temps. Nous avons d'abord effectué une analyse en composantes principales (ACP) afin de nous assurer de la corrélation entre les variables.



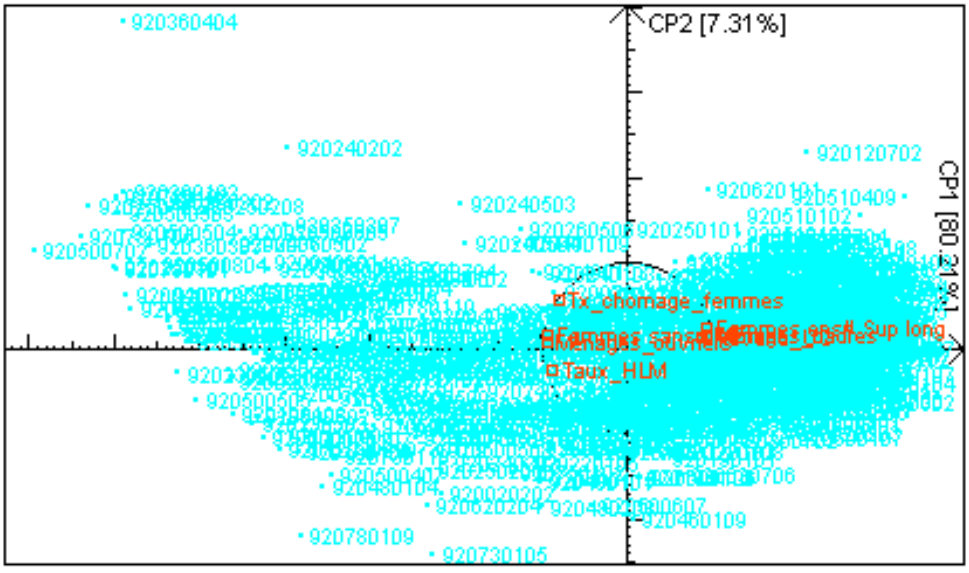
Même à l'échelle des communes, il existe une forte corrélation entre ces dernières (coefficient de corrélation = 88,6% sur l'axe n°1). On s'aperçoit que le taux de chômage, le taux de femmes sans diplômes, le taux de ménages ouvriers et la part d'HLM sont plus élevés au sein de communes bien particulières. Un revenu médian élevé, un fort taux de femmes ayant reçues un enseignement supérieur long et une part de ménages cadres élevée concernent également des villes spécifiques. La structuration spatiale des profils de la population alto-séquanaise semble très importante.

La seconde étape a consisté en la réalisation d'une classification ascendante hiérarchique (CAH) afin de créer une typologie spatiale des communes du département. Nous avons fait le choix de la représenter en 5 classes (qui rassemblent plus de 84% des variations entre les espaces) pour distinguer les communes aisées des villes très favorisées.



4) Cartes n°22 : profils socio-économiques de la population féminine par IRIS des Hauts-de-Seine

La réalisation de cette carte a suivi la même méthode que celle présentée ci-dessus. L'ACP montre une corrélation d'un peu plus de 80% entre les variables propres aux IRIS des communes alto-séquanaises. Il est intéressant de voir que la corrélation est moins importante que pour l'ACP précédente car l'hétérogénéité encore plus marquée à échelle fine est d'autant plus difficile à synthétiser. Ce sont globalement les mêmes indicateurs qui s'opposent sur l'axe n°1.



La CAH a cette fois-ci été réalisée en 6 classes, car les contrastes sociaux entre les populations « huppées » et très défavorisées apparaissent encore plus marqués. Ils semblent être révélateurs de la structuration sociale de l'espace à l'échelle infra-urbaine.

5) Carte n°24 à 27 : densité médicale et conventionnement des professionnels

Ces cartes ont été réalisées à partir d'un recensement de données effectué via le site internet de l'assurance maladie (AMELI) et les pages jaunes. En ce qui concerne la carte représentant la densité de médecins généralistes pour 10 000 habitants, nous nous sommes exclusivement appuyés sur la base « AMELI » en ligne au vu du nombre important de professionnels. En revanche, nous avons comparé cette liste avec les pages jaunes dans le cas des gynécologues médicaux. En effet, il est probable que les fichiers publics de l'assurance maladie ne soient pas exhaustifs étant donné les différences observées avec l'annuaire téléphonique. En ce qui concerne le conventionnement des médecins, les informations ont été collectées sur le site de l'assurance maladie et sur internet.